REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE
ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"Dr. ARNOLDO GABALDÓN"
POSTGRADO DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA ARAGUA

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA TOMA DE CITOLOGÍA EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL AMBULATORIO MARIA TERESA TORO PARROQUIA MADRE MARIA, MUNICIPIO GIRARDOT, ESTADO ARAGUA. 2007.

Trabajo Especial de Grado, presentado como Requisito Parcial para
Optar al Título de Especialista en Gestión de Salud Pública

AUTORA: Thais Hidalgo
TUTORA: Dra. Fanny Dávila

MARACAY, Octubre 2007

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO INSTITUTO DE
ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"Dr. ARNOLDO GABALDÓN"
POSTGRADO DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA ARAGUA

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA TOMA DE CITOLOGÍA EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL AMBULATORIO MARIA TERESA TORO PARROQUIA MADRE MARIA, MUNICIPIO GIRARDOT, ESTADO ARAGUA. 2007.

AUTORA: THAIS HIDALGO

Maracay, Octubre 2007

Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Salud

Venezuela AHORA ES DE TODOS

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldon"

POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de **Especialización de Gestión en Salud Pública** titulado:

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA TOMA DE CITOLOGÍA EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL AMBULATORIO MARIA TERESA TORO PARROQUIA MADRE MARIA, MUNICIPIO GIRARDOT, ESTADO ARAGUA. 2007. presentado por el Ciudadano (a) **THAIS HIDALGO**, para optar al Título de **Especialista de Gestión en Salud Pública**, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como **APROBADO.**

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
Fanny Dávila **Presidente:**	7.958.866	
Yordan Barraez **Miembro:**	7.593.649	
Eglys Sánchez **Miembro:**	7.248.789	

Maracay, 14 de Noviembre del 2007

INDICE GENERAL

pp.

INDICE GENERAL…… v

LISTA DE CUADROS…… vii

LISTA DE TABLAS……. vii

LISTA DE FIGURAS…….. viii

RESUMEN……..... ix

SUMARY……. x

INTRODUCCIÓN…… 1

CAPITULO I

EL PROBLEMA.

Planteamiento del problema……. 4

Justificación……. 10

Objetivos:

Objetivo General……. 12

Objetivos Específicos……. 12

CAPITULO II

MARCO TEORICO.

Antecedentes de la Investigación…….…… 13

Bases Teóricas…….. 21

Bases Legales……... 50

CAPITULO III.

MARCO METODOLOGICO

Tipo de Investigación……. 55

Población y Muestra……. .56

Instrumentos de Recolección de la Información…… . 57

Validez y confiabilidad del instrumento……. 58

Criterios de inclusión y exclusión…….. 59

Técnicas de Análisis de Datos…… 59

Alcances y Limitaciones……... 59

Operacionalización de variables…… 61
CAPITULO IV.
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS……..... 63
CAPITULO V.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
CONCLUSIONES……... 73
RECOMENDACIONES…… 75
CAPITULO VI
PROPUESTA
Justificación…… 76
Objetivos……..
77
Estrategias…… 78

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
ANEXOS
A…… 89
B……..... 92

LISTA DE CUADROS

CUADROS **pp.**

1. Terminologías utilizadas en los Informes Citológicos e histológicos……. 30

2. Operacionalización de las variables……..... 61

3. Estrategias de Ejecución…….. 80

LISTA DE TABLAS

1. Citologías realizadas en el ambulatorio María Teresa Toro…….64

2. Opinión del personal de salud referente a la promoción de la importancia de la citología……...66

3. Opinión del personal de salud, sobre la toma de citología a todas las usuarias…… 67

4. Conocimiento del personal de salud sobre el envió semanal de muestras citológicas a anatomía patológica…….. 68

5. Conocimiento del personal de salud sobre la obtención de resultados citológicos…… 69

6. Conocimiento del equipo de salud sobre la existencia de personal encargado de clasificar resultados citológicos…… 70

7. Conocimiento del personal de salud sobre la realización de visitas domiciliarias……. 71

8. Conocimiento del personal de salud sobre el seguimiento de casos…… 72

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS **pp.**

1. Evolución natural del cáncer cervico-uterino…….. 28

2. Progreso del epitelio normal a cáncer invasor……... 29

3. Células epiteliales normales y anormales……. 40

REPÙBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS DE SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"
POSTGRADO REGIONALIZADO DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA
ARAGUA

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA TOMA DE CITOLOGÍA, EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL AMBULATORIO MARÍA TERESA TORO, PARROQUIA MADRE MARÍA, MUNICIPIO GIRARDOT, ESTADO ARAGUA. 2007.

AUTORA: THAIS HIDALGO
TUTORA: FANNY DÁVILA
OCTUBRE, 2007.

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino es un problema de Salud Pública en el mundo, al ser la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. En Venezuela, este representa la primera causa de muerte por cáncer femenino. La citología cervical sigue siendo un método diagnóstico sencillo, sensible y económico, que permite detectar precozmente lesiones malignas de cuello uterino. El objetivo de este estudio fue formular estrategias para incrementar la toma de citología, en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ambulatorio María Teresa Toro. Para ello se realizó un estudio no experimental, descriptivo, de corte transversal, de tipo Proyecto Factible. Se analizaron informes estadísticos acerca del número de citologías realizadas, correspondientes al primer semestre del año 2007, con el fin de conocer la cobertura y se aplicaron 18 encuestas a médicos y enfermeras de la Institución, para precisar el grado de conocimiento que tiene el personal, de las actividades a realizar en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino. El análisis de los resultados se presentó con un enfoque cualicuantitativo y se pudo concluir que: Existe una baja cobertura (63%) en el número de citologías realizadas en el primer semestre del año 2007, se evidenció la escasa promoción (50%) de la importancia de la citología en las consultas y en la comunidad, el personal de enfermería posee mayor dificultad para cumplir con las actividades del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino, y finalmente existe la necesidad de elaborar estrategias para incrementar la toma de citología. Por lo tanto se recomienda: Reorientar y reforzar las actividades de Promoción, motivar al personal de salud para el logro del incremento de la demanda de la toma de citología y elaborar estrategias tendientes a incrementar la cobertura de esta última.

Descriptores: Estrategias, Citología, Prevención, Cáncer de Cuello Uterino.

REPUBLIC BOLIVARIANA OF VENEZUELA
MINISTRY OF THE POPULAR POWER FOR THE HEALTH
INSTITUTE OF HIGH STUDIES OF PUBLIC HEALTH
"DR ARNOLDO GABALDON"
POST DEGREE REGIONALIZED OF MANAGEMENT IN PUBLIC HEALTH ARAGUA

STRATEGIES TO INCREASE THE CYTOLOGY TAKING, IN THE PROGRAM OF PREVENTION OF CANCER OF UTERINE NECK OF THE AMBULATORY MARIA TERESA TORO, PARISH MOTHER MARIA, MUNICIPALITY GIRARDOT, STATE ARAGUA. 2007.

AUTHOR: THAIS HIDALGO
TUTOR: FANNY DÁVILA
OCTOBER, 2007.

SUMMARY

The cancer of uterine neck is a problem of Public Health in the world, to the being the second cause of death by cancer in the woman. In Venezuela, this it represents the first cause of death by feminine cancer. The cervical cytology continues being a method simple, sensible diagnosis and economic, that allows to detect injuries precociously you vitiate of uterine neck. The objective of this study was to formulate strategies to increase the cytology taking, in the Program of Prevention and Control of Cancer of Uterine Neck of the Ambulatory Maria Teresa Toro. For it a nonexperimental study was made, descriptive, of cross section, Feasible Proyecto type. Statistical information were analyzed about the number of made cytologies, corresponding to the first semester of year 2007, with the purpose of knowing the cover and doctors surveys to and nurse of the Institution were applied to 18, to need the degree knowledge that has the personnel, of the activities to make in the Program of Prevention and Control of Cancer of Uterine Neck. The analysis of the results appeared with a cualicuantitativo approach and it was possible to be concluded that: A low cover (63%) in the number of cytologies made in the first semester of year 2007 exists, demonstrated the little promotion (50%) of the importance of the cytology in the consultations and in the community, the infirmary personnel has greater difficulty to fulfill the activities of the Program of Prevention of Cancer of Uterine Neck, and finally the necessity exists to elaborate strategies to increase the cytology taking. Therefore it is recommended: To reorient and to reinforce the activities of Promotion, to motivate to the personnel of health for the profit of the increase of the demand of the cytology taking and to elaborate tendientes strategies to increase the cover of this last one.

Description: Strategies, Cytology, Prevention, Cancer of Uterine Neck.

INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino constituye uno de los principales problemas de salud en el mundo siendo la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres, después del cáncer de mama. Mundialmente se registran cada año cerca de 500.000 nuevos casos, de los cuales el 95% aparecen en los países en desarrollo (Connie et al, 2000; OMS, 2002; Franceshi; 2005).

La mortalidad por esta patología es mayor en los países en desarrollo donde el sistema de cribado y de tratamiento es deficiente. Al respecto, Ailhaud (2003) afirma que durante el año 2002 murieron más de 550.000 mujeres en todo el mundo por esta enfermedad, siendo la mayoría de las mujeres, según Ruíz et al (2000) oriundas de los países en desarrollo.

Arrossi et al. (2003) señalan que en los países latinoamericanos más de 30 mil mujeres mueren anualmente por el cáncer de cérvix. Los registros de cáncer obtenidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que hay una incidencia relativamente alta en Brasil, Paraguay y Perú, las más bajas se encuentran en Cuba y Puerto Rico. En Venezuela, este tipo de patología representa la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres mayores de 25 años.

Los porcentajes de supervivencia dependen en gran medida del estadio clínico de la enfermedad, siguiendo la clasificación adoptada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). En función de la estadificación clínica (además de otros factores) se planifica el esquema terapéutico, que en general conlleva la cirugía pélvica radical para estadios precoces y pautas de radio - quimioterapia en régimen concomitante para los estadios avanzados.

Al contrario de otros tipos de cáncer, el de cuello uterino puede prevenirse utilizando tecnologías de detección y tratamientos poco costosos, con el objetivo de detectar tejidos anormales en el cuello uterino antes de que se transformen en cáncer invasor. La detección mediante la citología cervical en combinación con el seguimiento terapéutico adecuado permite reducir considerablemente las tasas de prevalencia y mortalidad (Isla, 2002).

La citología cervical puede revelar una lesión precancerosa, una displasia cervical, así como un cáncer in situ ó cáncer invasivo en sus primeras fases. El tratamiento de estas lesiones tempranas es sumamente eficaz, mientras que la enfermedad en sus fases más avanzadas puede ser mortal a expensas de cualquier tratamiento que se aplique.

La instauración y aplicación de programas para detectar anormalidades cervicales en poblaciones de riesgo, ha sido seguida de una reducción dramática de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. Según Gustafsson et al. (1997) en algunos países desarrollados, donde existen programas de detección de alta calidad y amplia cobertura, la reducción de los casos de cáncer alcanza un 90 %.

No se puede decir lo mismo de los países en desarrollo donde la alta incidencia de cáncer cervical puede ser debida a la falta de programas enfocados al diagnóstico precoz de lesiones precancerosas (displasias) ó al cumplimiento inadecuado por diversas razones de los mismos en caso de existir.

Se estima que en estos países solo un 5 % de de las mujeres han tenido acceso a exámenes para detectar una displasia cervical, mientras que en los países desarrollados un 40 – 50 % de las mujeres se beneficiaron de estos exámenes que incluyeron la citología cervical. La diferencia en el uso

de los programas de detección de cáncer cervical, son los responsables de las grandes variaciones en la incidencia y mortalidad que se presentan en los cinco continentes (Antonio, 1991).

Es dentro de este marco que se presenta el siguiente estudio, donde se pretende proponer estrategias para aumentar la toma de citología en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino en el Ambulatorio María Teresa Toro, considerando que las mismas contribuirán al éxito del Programa, al pesquisar un mayor número de mujeres en edad de riesgo para esta patología, logrando así contribuir a la promoción de la salud. Finalmente el desarrollo del trabajo se hace por capítulos siguiendo el proceso de la investigación científica:

Capítulo I: El Problema, contempla el ámbito general del problema, el planteamiento del mismo, los objetivos y la justificación de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, contempla los antecedentes de la investigación, las bases teóricas utilizadas para sustentar el trabajo y las bases legales en la cual se apoyan los planteamientos formulados.

Capítulo III: Marco metodológico, describe la modalidad de la investigación, el tipo de diseño, la población y la muestra objeto de estudio, las técnicas e instrumentos de recolección.

Capitulo IV: Análisis de los datos.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

Capítulo VI: Comprende la presentación de la Elaboración de las Estrategias.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

A pesar de los avances científicos de las ciencias básicas y la medicina durante los últimos años, en la comprensión de los fenómenos fisiológicos, inmunológicos y patológicos de la mayoría de los canceres, y la aplicación de esos conocimientos para la detección precoz, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación de las personas que lo padecen, este continúa siendo un problema de salud en la humanidad.

En particular, el cáncer de cuello uterino es un problema importante de Salud Pública a nivel mundial, principalmente en los países subdesarrollados, debido a que afecta a las mujeres en las fases más productivas de sus vidas, lo que agudiza los problemas familiares, sociales y económicos, e incrementa en el país considerablemente los costos en los servicios de Salud al requerir de atención especializada de segundo y tercer nivel.

Este tipo de cáncer es el más frecuente en el aparato genital femenino y ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer, precedido por el de mama a nivel mundial.

De acuerdo a la Sociedad Americana del Cáncer (2007) los factores de riesgo identificados corresponden a antecedentes gineco - obstétricos y aspectos socioculturales: escolaridad, bajo nivel socioeconómico, diferencias nutricionales, tabaquismo inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, elevado número de parejas sexuales, alta paridad (5 o más partos), primer parto antes de los 18 años, pobre higiene genital, inflamación cérvico vaginal

persistente, consumo prolongado de anticonceptivos orales, y las enfermedades de transmisión sexual, dentro de estas están las infecciones por herpes virus simple tipo 2, Tricomonas, Chlamydias y papiloma virus(HPV), factores iniciadores de la acción carcinogénica.

De acuerdo con los informes de la Organización Mundial de la Salud. OMS (2005), el cáncer cérvico – uterino ó de cuello uterino ha ido en aumento en algunos países y entre las razones expuestas están el deterioro en las condiciones de vida de algunos grupos de población, limitaciones en el acceso a los Servicios de Salud adecuados, bajo nivel de detección, tratamiento y seguimiento en los programas establecidos para tal fin y la falta de concienciación del problema del cáncer cérvico uterino por parte de la población, los dispensadores de atención sanitaria y los formuladores de políticas.

En este orden de ideas cabe destacar que un Sistema de Salud es más eficaz en la medida que practique la prevención más que la curación, porque esta última implica la inversión de una mayor cantidad de recursos económicos.

Restrepo (2005) señala que la prevención persigue la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de las diferentes intervenciones, tendientes a mantener saludables a las personas. Es precisamente el nivel de salud de las personas, el máximo indicador de eficiencia de un sistema de salud cualquiera.

De cualquier manera, la prevención y sus estrategias deben dirigirse hacia aquellas situaciones, condiciones y enfermedades con un claro impacto (incidencia y prevalencia) en la comunidad y con un potencial de prevención mediante intervenciones sanitarias (Álvarez, 1998).

El valor de la prevención, en presencia de una patología específica y ante la dificultad de tratar los estadios avanzados de la misma se encuentra, en la actuación precoz en el curso evolutivo de la enfermedad o incluso antes de que la enfermedad se desarrolle; siempre se piensa en las oportunidades perdidas para actuar precozmente. Los beneficios de la prevención en la práctica médica han sido incuestionables en la reducción de las enfermedades, con la consecuente reducción de la mortalidad.

La salud de las mujeres en el mundo varía de un país a otro, dependiendo del nivel de desarrollo del país en cuestión y de la capacidad de decisión que las mujeres hayan logrado sobre sus vidas y su salud. La pobreza acentúa las desigualdades de género y, cuando las situaciones son más adversas, las mujeres suelen estar en una situación más vulnerable por lo que se deben tomar en cuenta estos factores a la hora de formular estrategias o programas de salud.

En el caso del cáncer de cuello uterino, la toma ó práctica de la citología cérvico vaginal, según Alonso et al (2000) es un método diagnóstico primario importante en los programas de medicina preventiva y sigue siendo la forma más eficaz de pesquisar dicha patología en forma masiva. La toma de la citología por la técnica de Papanicolaou, se utiliza para identificar mujeres con una condición de interés, con búsqueda de frecuencia de diagnósticos positivos, para ofrecer el tratamiento resolutivo más adecuado, por lo que se hace necesaria la estrategia de incrementar la cobertura de la toma de la citología, sobre todo en la población de riesgo.

Según Path (2000) el cáncer cervical se desarrolla lentamente, y su estado precursor es la displasia cervical grave. La displasia cervical de grado inferior, casi siempre experimenta un retroceso de manera espontánea o no

progresa, así mismo sucede con la displasia moderada, cuando es tratada y seguida.

Estos conocimientos indican que el pronóstico de cáncer de cérvix uterino depende de numerosos factores, siendo el más relevante el estadio clínico en el momento del diagnóstico; si la enfermedad ya es invasiva, la eficacia del tratamiento declina; si está en fase temprana, el pronóstico es muy favorable.

El programa de detección citológica de British Columbia (1985) mejor documentado y con organización centralizada fue ampliamente usado y se estima que más de la mitad de las mujeres en riesgo para desarrollar cáncer cervical tuvo una citología cervical ó Papanicolao cada año; así a largo plazo el resultado del programa de detección logró que la incidencia de cáncer cervical en British Columbia de 25 casos por 100.000 en 1954 a 8 casos por 100. 000 en 1984 y la mortalidad cayera de 13 casos por 100.000 en 1962 a 3 casos por 100.000 en 1983. Resultados similares han sido reportados en los países Escandinavos y en los Estados Unidos.

El cáncer de cuello uterino según la Organización Mundial de la Salud (2005) es el segundo más frecuente en mujeres y una de las causas más importantes de años perdidos de vida potencial, toda vez que afecta una gran proporción de mujeres jóvenes y de edad media. Anualmente, en el mundo se diagnostican medio millón de casos y mueren 274.000 mujeres por esta causa de las cuales el 90% corresponden a los países en desarrollo.

En lo que respecta a la mortalidad, es evidente que el cáncer de cuello uterino alcanza cifras devastadoras, causando muchas víctimas, en especial para las mujeres de los países en desarrollo como se mencionó anteriormente. Pisani et al (1999) afirma que la tasa de mortalidad en estos países es de 9,6 %, dos veces la tasa de los países desarrollados. Según

Parkin (2000), casi el 40% de las muertes en estos países en desarrollo ocurren en Asia Centro meridional incluyendo Hangladesh, India, Pakistán, América Central y África Subsahariana.

Las altas tasas de mortalidad por esta patología constituyen el indicador más relevante de su repercusión en las mujeres, sus familias y sus comunidades. En los países donde los programas de cribado son deficientes ó el tratamiento es muy limitado, casi siempre es mortal si no es detectado en fases precoces.

Según Pisani et al, (1999), en África, Asia y las Islas del Pacifico las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino se reducirían en al menos un 30%, si las mujeres tuvieran acceso a la detección temprana y tratamiento apropiado igual al de los países desarrollados.

Se estima que un número superior al millón de mujeres padecen actualmente de cáncer cérvico uterino, la mayoría de las cuales no están diagnosticadas ó carecen de acceso al tratamiento que podrían curarlas ó alargarles la vida.

En los países en desarrollo el cáncer de cuello uterino es un problema importante de salud pública y según la Organización Panamericana de la Salud (2006) mueren 37.600 mujeres anualmente, en los países Latinoamericanos. Los registros de cáncer obtenidos por la Organización antes mencionada, muestran que hay una incidencia relativamente alta en Brasil, Paraguay y Perú, las más bajas se encuentran en Cuba y Puerto Rico. Se prevé que en los países en desarrollo la incidencia de cáncer de cuello uterino continuará aumentando debido al envejecimiento de la población y a la ausencia o incumplimiento de programas eficaces de control.

En Venezuela el cáncer representa también, un problema de salud pública por cuanto su magnitud ocupa desde 1.984 el segundo lugar de mortalidad general y en relación a su localización en cuello uterino ocupa el primer lugar de mortalidad en la mujer mayor de 25 años según estadísticas del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2005). En el Estado Aragua ocurrieron 132 muertes por esta patología durante el año antes mencionado.

El Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino, se ha venido llevando en todo el territorio Nacional, desde la década de los sesenta y específicamente en el año 1995, este Programa es relanzado en el Estado Aragua, sin embargo los resultados han sido medianamente satisfactorios en algunos Municipios.

En síntesis, se pone de manifiesto la importancia de la citología Cervical como método diagnóstico primario y precoz, para prevenir enfermedades de la mujer como el cáncer de cuello uterino, y se hace necesario formular estrategias para incrementar la toma de citología, en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino, del Ambulatorio María Teresa Toro, Parroquia Madre María, Municipio Girardot del Estado Aragua.

De lo antes expuesto surgen las siguientes interrogantes que dirigen la investigación:

1. ¿Cuál es la situación actual de la toma de citología, en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ambulatorio María Teresa Toro?

2. ¿Cómo se cumplen las estrategias establecidas en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ambulatorio María Teresa Toro, Parroquia Madre María, Municipio Girardot, Estado Aragua?

3. ¿Se ha precisado el conocimiento que tiene el personal de salud (Médicos y Enfermeras) sobre las actividades a realizar por dicho equipo de salud, en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de cuello Uterino del Ministerio del Poder Popular para la Salud?

4. ¿Se podrán elaborar estrategias para incrementar la toma de citología en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ambulatorio María Teresa Toro, Parroquia Madre Mará, Municipio Girardot, Estado Aragua?

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El cáncer de cuello uterino es un problema de Salud Pública importante, ya que el mismo representa la segunda causa de muerte por cáncer femenino en los países desarrollados, mientras que en los países de América Latina y el Caribe, del cual Venezuela forma parte, es la primera causa de muerte por cáncer, según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (2005)

La prevención de esta patología, puede ser realizada en las redes primarias de salud a través de la toma o práctica de la citología cervical, que ha demostrado ser un método diagnóstico primario, sencillo, eficaz y de bajo costo, y se cuenta con él desde hace más de 30 años en todo el mundo.

Se precisa que las mujeres acudan a practicarse la citología periódica; con el objetivo de incrementar la cobertura, en virtud de que las mismas, según el Ministerio de Salud, hoy día Ministerio del Poder Popular para la Salud, se encuentran por debajo del 30% a nivel Nacional, a pesar de las normativas implementadas en el Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino.

De lo mencionado anteriormente, esta investigación pretende describir la actual situación del Ambulatorio María Teresa Toro en cuanto a cobertura de toma de citología se refiere , así como la descripción de de las Estrategias establecidas en el Programa antes enunciado, con la precisión del conocimiento del personal de salud (Médicos y Enfermeras) de las actividades a realizar en dicho Programa, que permita la elaboración de estrategias para incrementar la toma de citología, y así fomentar hábitos saludables, tendientes a la mejora del estado de salud y la reducción de la morbi-mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Ambulatorio María Teresa Toro, de la Parroquia Madre María, del Municipio Girardot.

Así mismo, la presente investigación servirá de marco referencial a investigaciones futuras, cuyo objetivo fundamental sea el fortalecimiento del conocimiento en cuanto a implementación de estrategias en salud.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Formular estrategias para incrementar la toma de citología, en el programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ambulatorio María Teresa Toro, Parroquia Madre María, Municipio Girardot, Estado Aragua. 2007.

Objetivos Específicos

1. Identificar la situación actual de la toma de citología en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ambulatorio María Teresa Toro.

2. Describir las estrategias que presenta el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ministerio del Poder Popular para la Salud, en el Ambulatorio María Teresa Toro , Parroquia Madre María, Municipio Girardot, Estado Aragua.

3. Precisar el conocimiento que tiene el personal de salud (Médicos y Enfermeras) sobre las actividades a realizar en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

4. Elaborar estrategias para el incremento de la toma de citología en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ambulatorio María Teresa Toro, Parroquia Madre María, Municipio Girardot, Estado Aragua.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

En relación a esta investigación se han revisado algunos autores a nivel internacional y nacional y se han tomado algunos elementos importantes que sirven de antecedentes para el estudio que aquí se realiza, los cuales son referidos seguidamente.

Ámbito Internacional.

Aguilar et al. (2002) En su trabajo titulado**: TAMIZAJE EN CÁNCER CERVICAL: CONOCIMIENTO DE LA UTILIDAD Y USO DE LA CITOLOGÍA CERVICAL** en México logró identificar y evaluar los factores que predisponen a la utilización de la prueba de Papanicolaou en la población que usa el servicio del Programa Nacional de Detección Oportuna de Cáncer en México para ello realizó un estudio del tipo transversal en la Ciudad de México; que incluyeron a 2.107 mujeres en edad reproductiva que acudieron a un servicio de planificación familiar, las cuáles respondieron a un cuestionario con preguntas sobre características: socio demográficas, factores de riesgo reproductivo asociados a cáncer cervical, historia de vida sexual, uso de métodos anticonceptivos, conocimiento de la utilidad y utilización del Papanicolaou.

Para el análisis de los datos se construyeron modelos multivariados de regresión logística no condicional y se obtuvo como resultado que los predisponentes de utilización del programa de detección oportuna de cáncer en esta población fueron: el conocimiento de la utilidad del Papanicolaou

incrementó en seis veces más la posibilidad de utilización (IC 95% 4,70-7,67); el antecedente de utilización de dos o más métodos de planificación familiar (OR=2,38; IC 95% 1,75- 3,24); el antecedente de historia de infección vaginal (OR=2,18; IC 95% 1,73-2,75), y la aceptación del esposo para la realización de exploraciones ginecológicas (OR=1,56; IC 95% 1,07-2,29).

Finalmente se pudo concluir que la implementación de programas educativos en la prevención de cáncer, deberán incluir la utilidad de las pruebas de detección. En México, en mujeres en edad reproductiva la utilización de la prueba de Papanicolaou se ofrece predominantemente en forma oportunista, por lo que el antecedente de utilización de los Servicios de Salud es un determinante para la utilización del Programa de Detección Oportuna de Cáncer cervical. Estos resultados muestran la necesidad de ampliar la promoción a la salud de este programa a las mujeres de alto riesgo, incluyendo a sus parejas sexuales.

Dicho estudio permite a esta investigación visualizar la importancia de la implementación de la citología en los programas educativos de prevención de cáncer de cuello uterino, sobre todo los dirigidos a las mujeres en edad de riesgo.

Dentro de este contexto Lucumí y Gómez (2002) en su trabajo titulado: **ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA PRÁCTICA DE CITOLOGÍA RECIENTE DE CUELLO UTERINO EN UNA ZONA URBANA DE COLOMBIA** destacó que el cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública en países en desarrollo y que para cambiar esta situación se ha promovido la citología de cuello uterino. Sin embargo, su cobertura no es apropiada por múltiples factores.

El objetivo de este artículo fue explorar la relación entre la práctica de citología de cuello uterino reciente -aquélla realizada tres años previos a la encuesta- el aseguramiento y el acceso a servicios de salud. Para esto se analizaron 1.021 registros de mujeres de entre 18 y 64 años, provenientes de un estudio transversal realizado en un área urbana de Bogotá (Colombia).

Se indagó acerca de la fecha de última citología de cuello uterino, acceso a servicios de salud, afiliación al seguro de salud y variables sociodemográficas. Una vez recolectados los datos se realizó un análisis descriptivo y se construyó un modelo de regresión logística. Como resultado se obtuvo que el porcentaje de respuesta fue de 97,8%. De 1.021 registros se excluyeron 38, por ser mujeres con histerectomía. De las 983 restantes, 733 (69,7%) reportaron una citología de cuello uterino reciente, que estuvo asociada a tener más de 30 años, residir en estrato socioeconómico medio, no ser soltera, tener alto nivel escolaridad, tener afiliación al seguro de salud y contar con una institución de salud a la que usualmente asiste cuando lo requiere.

Se concluyó que estrategias de corto y mediano plazo dirigidas a incrementar el aseguramiento y acceso a servicios de salud son fundamentales para aumentar las coberturas de práctica citología de cuello uterino en países en desarrollo. Altas coberturas en la realización de la prueba son importantes sólo si el programa de prevención cumple el ciclo que comprende desde la captación de la mujer hasta la atención adecuada y oportuna cuando se diagnostica la neoplasia.

Para la investigación a desarrollar, uno de los aspectos relevantes es la importancia de aumentar la toma de la citología en el programa de prevención y control del cáncer de cuello uterino lo que coincide con las conclusiones de los autores mencionados.

Por su parte, Rubio y Restrepo (2004) en su trabajo de investigación titulado: **CREENCIAS EN SALUD EN MUJERES UNIVERSITARIAS RELACIONADAS CON LA TOMA DE CITOLOGÍA VAGINAL** en COLOMBIA, se orientaron al estudio de la relación existente entre las variables psicosociales propuestas por el Modelo de Creencias en Salud y la realización de la citología vaginal por parte de una muestra de mujeres universitarias entre los 18 y 27 años.

En la primera fase del estudio se construyó una batería de instrumentos con el fin de evaluar las diferentes variables de interés: sociodemográficas, psicosociales, de riesgo, y relacionadas con la conducta saludable; en la segunda fase se realizó un estudio descriptivo correlacional exploratorio con una muestra de 110 mujeres universitarias. Se observaron diferentes asociaciones entre las variables evaluadas y la realización de la citología vaginal, en donde las variables barreras percibidas, motivación para la salud y señales para la acción, mostraron asociaciones importantes con la realización y mantenimiento de dicha conducta saludable.

Este trabajo, es de gran relevancia ya que el mismo permite apreciar que existen variables sociodemográficas y psicosociales que se comportan como barreras tendientes a la disminución de las coberturas en cuanto a práctica de citología se refiere y que de alguna u otra forma, podrían explicar la problemática planteada en esta investigación.

Ámbito Nacional.

Camejo et al (2001) en su investigación titulada: **CITOLOGÍA CERVICAL DE LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR** menciona que la citología cervical es una prueba sencilla que permite evidenciar precozmente las lesiones malignas del cuello uterino.

El objetivo de dicho estudio fue evaluar los hallazgos citológicos de 507 mujeres que acudieron a la consulta de ginecología y planificación familiar de la Unidad Sanitaria de los Teques durante los años 1999 y 2000. La edad media de las usuarias evaluadas fue de 25,5 años. Los datos de la historia clínica de las pacientes en control prenatal revelaron que el promedio de semanas de gestación para el momento de la primera consulta fue de 18,6 con un número promedio de hijos de 2,2. La citología cervical demostró que el 26,2% de las mujeres evaluadas presentaron inflamación leve, el 21,1% moderada y el 28,0% severa. El 0,6% presentó lesiones intraepiteliales de bajo grado y el 0,2% de alto grado. En cuanto a las infecciones, la citología el estudio reveló la presencia de 6,5% de *Gardnerela*, 5,5% *Tricomonas vaginalis*, 10,2% *Cándida Albicans* y 0,98% de cambios celulares sugestivos de Virus de Papiloma Humano (VPH). Concluyeron que un examen citológico puede detectar casos de lesiones Intraepiteliales de Bajo y Alto Grado, que pueden ser tratadas precozmente, además de evidenciar diversas infecciones, tales como la presencia de VPH, las cuales están asociadas a riesgo de desarrollar cáncer cervical. Afirman que se ha demostrado que la realización del frotis de *Papanicolau* anual reduce en un 90% las posibilidades de que una mujer fallezca de cáncer cervical y en tal sentido creen necesario, desarrollar planes de promoción y fomento dirigidos a la población femenina, sobre la importancia de la toma de citología cervical anual.

Se corresponde con la presente investigación, en el sentido de reafirmar la importancia de la citología como método de diagnóstico precoz y sencillo, que permite prevenir el cáncer de cuello uterino; además de detectar la necesidad de desarrollar planes de promoción de la importancia de la citología a la población de riesgo, tendientes a incrementar la cobertura de la misma.

Rivas (2004) en su trabajo: **EVALUACION DEL PROGRAMA DE PREVENCION DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN EL ESTADO CARABOBO** resalta que el cáncer de cuello uterino constituye un grave problema de salud Pública a nivel mundial y Venezuela no escapa de esta realidad, ya que este tipo de cáncer es la primera causa de mortalidad y morbilidad en la mujer venezolana desde hace más de una década. El riesgo de morir por esta patología alcanza casi el 2% de las mujeres en el país y es probable que a una de cada 25 se le diagnostique este cáncer.

Desde la década de los sesenta el Programa de control de cáncer de cuello uterino ha estado funcionando regularmente con extensión en todo el país. Sin embargo sus resultados han sido medianamente satisfactorios, al haber bajado la mortalidad en apenas cinco puntos. Se realizó una investigación de tipo descriptivo y de corte transversal, con la que se hizo una evaluación del Programa de Programa de prevención, control y tratamiento del cáncer de cuello uterino en el quinquenio 1999 – 2003 en el Estado Carabobo**.**

Cuyas conclusiones fueron que en este período el programa presenta múltiples fallas y la consecuencia de su inoperancia se vio reflejada en las bajas tasas de diagnósticos de casos de LIE de bajo Grado y LIE de alto Grado, así como las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad por este tipo de cáncer, lo que se puede asociar a un programa con baja cobertura, citologías repetidas y a un sub-diagnóstico y retardo por parte del laboratorio.

Cabe señalar que esta investigación aborda elementos fundamentales de los que se tratan en el presente estudio, principalmente en lo que se refiere al análisis de la situación del Programa de prevención, control y

tratamiento del cáncer de cuello uterino en el primer nivel de atención en el Estado Carabobo, con el propósito de determinar las causas de la baja cobertura del mismo y permitir así la proposición de estrategias que permitan revertir esta realidad.

Ámbito Regional.

Salas et al. (2000) en su investigación: **DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO DE PATOLOGÍAS CÉRVICO UTERINAS. AMBULATORIO TIPO II PALO NEGRO. ESTADO ARAGUA:** destacan que la citología cervical es un método que se ha convertido en un test de pesquisa importante para la detección de anormalidades epiteliales, siendo un método económico y sensible no así infalible, con el propósito de determinar las patologías de cuello uterino. Los objetivos de la investigación fueron conocer las patologías uterinas más frecuentes de la población estudiada, reconocer los riesgos epidemiológicos más relevantes de las pacientes que acudieron a la consulta integral de la mujer y saber la profesión de las pacientes que formaron parte del estudio. Para ello se realizó un estudio prospectivo descriptivo, tomando en cuenta la totalidad de la consulta integral.

La muestra quedó constituida por 348 pacientes que se le practicó pesquisa oncológica en edades comprendidas entre 15 y 66 años a quienes se les practicó examen ginecológico y la citología exfoliativa. Los resultados arrojaron que la edad de mayor incidencia fue la de 26 – 36 años con un 41% seguido por las de 15 – 25 años con 27%, las de 37 – 47 años con 19%. En los hallazgos citológicos se observaron los procesos inflamatorios con un 58%, las infecciones con un 36%, las neoplasias con un 6%. Siendo los gérmenes más frecuentes la Gardnerella Vaginalis con 41%, Candidiasis 44%, Tricomonas 17%, y el Virus del Papiloma Humano con un 8%. Del total de las neoplasias se evidenció que la intraepitelial cervical NIC I predominó

con un 64%, seguido de los NIC II 34%, y Cáncer invasor con un 2%. De acuerdo a la profesión eran obreras un 35%, Amas de casa 25%, empleadas 21% y estudiantes el 19%.

Los resultados obtenidos confirman que las patologías de cuello uterino tanto infecciosas como neoplásicas son muy frecuentes en las mujeres, siendo la citología cervical un test de pesquisa importante para la detección temprana de anormalidades epiteliales y control de la salud vaginal, en grandes masas de población, gracias al acceso fácil del examinador y a los bajos costos. Se recomienda la realización de charlas educativas relacionadas al tema, el examen ginecológico y la citología periódica a la población femenina, para detectar cualquier patología y aplicar el tratamiento precoz y adecuado evitando secuelas.

En cuanto a la relación con la presente investigación se puede decir que es directa, porque destaca la práctica de la citología cervical como test de pesquisa oncológica, importante, económica y sensible para la detección temprana de anormalidades epiteliales y control de las mismas, aplicable a grandes masas poblacionales.

Finalmente Barraéz (2001) en su investigación: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN COMUNIDADES DEL MUNCIPIO GIRARDOT** del Estado Aragua, realizó un estudio de campo de corte transversal, donde se empleó una metodología de investigación epidemiológica rápida a través de sitios centinelas, en 10 comunidades del Municipio Girardot, para determinar algunos factores que pudieron estar influyendo. Para ello se construyó una encuesta que se aplicó en 837 hogares, donde se encontraron 689 mujeres entre 25 y 64 años, para investigar: toma de citología, intervalos entre las muestras y centros de salud donde fueron realizadas dichas citologías.

La cobertura de la citología encontrada en la muestra fue de 85,7% y tomando en cuenta sólo las realizadas en establecimientos públicos fue de un 48,1%. Los factores como la edad y el grado de instrucción, muestran similares resultados a los estudios internacionales. En cuanto al nivel socioeconómico las mujeres que habitan en comunidades de muy malas condiciones de vida son las que mayormente se realizan el estudio. La cobertura de citología en el grupo estudiado es mayor que la reportada por el Sistema del Estado.

Esta investigación fue realizada en el Municipio Girardot y evaluó la cobertura del Programa de Cáncer de Cuello Uterino y de la toma de citología, lo que permite establecer conexiones y relaciones que guardan estrecha relación con la investigación, resaltando aspectos concernientes a la misma.

BASES TEÓRICAS.

EVOLUCIÓN NATURAL DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

Cáncer

El «cáncer» como el crecimiento maligno, autónomo y desregulado de células. Dicho crecimiento da lugar a tumores, que pueden invadir partes adyacentes y distantes del cuerpo, a la par que destruyen tejidos normales y compiten por los nutrientes y el oxígeno. Las metástasis ocurren cuando se desprenden del tumor original pequeños grupos de células que viajan a sitios distantes a través de los vasos sanguíneos y linfáticos e inician nuevos tumores similares al original (Amerigo, 1987).

Desarrollo del Cáncer Cérvico uterino

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (2005) menciona que la causa principal del cáncer epidermoide cérvico uterino es la infección persistente o crónica por uno o más de los denominados tipos oncógenos (o de «alto riesgo») del papilomavirus humano. Los tipos más frecuentes que causan cáncer son el 16 y el 18, que se encuentran en el 70% de todos los cánceres cérvico uterinos. Otros tipos oncógenos (por ejemplo, el 31, el 33, el 45 y el 58) son menos frecuentes y su prevalencia puede variar según la zona geográfica. Los tipos de VPH de bajo riesgo 6 y 11 no se asocian con cáncer, pero causan verrugas genitales.

González (2003) afirma que los determinantes principales de la infección por el VPH, tanto en los varones como en las mujeres, están relacionados con el comportamiento sexual e incluyen la iniciación sexual a edad temprana, el número elevado de parejas sexuales y las relaciones con parejas sexuales promiscuas. La infección por el VPH de alto riesgo es más frecuente en las mujeres jóvenes, y su prevalencia puede llegar a ser de entre el 25% y el 30% en las menores de 25 años. En muchos lugares la prevalencia disminuye abruptamente con la edad.

Si bien la infección por un VPH de alto riesgo es la causa fundamental del cáncer cervico uterino, la mayoría de las mujeres infectadas por ese tipo de VPH no enferman de cáncer. La mayor parte de las infecciones cervico uterinas por cepas de VPH de cualquier tipo son breves, sólo un pequeño número de ellas persisten y todavía menos son las que progresan a lesiones precancerosas o a cáncer invasor. No se han dilucidado los cofactores ni las condiciones que determinan que una infección por el VPH persista y progrese a cáncer, pero es posible que los siguientes desempeñen alguna función al respecto:

Los cofactores relacionados con el VPH según Frías et al. (1999) pueden ser:

– tipo vírico,
– infección simultánea por varios tipos oncógenos,
– gran cantidad de virus (carga vírica).

Cofactores relacionados con el huésped:

– estado inmunitario: las personas con inmunodeficiencia (como la que se observa en la infección por el VIH) contraen infecciones más persistentes por el VPH y se caracterizan por una progresión más rápida a precáncer y cáncer.
– número de partos: el riesgo de cáncer cervico uterino aumenta con el mayor número de partos.

Cofactores exógenos:

– Conducta sexual.
– Tabaquismo.
– Coinfección por el VIH u otros agentes de transmisión sexual, tales como el herpes simple 2 (VHS-2), *Chlamidia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*.
– Uso a largo plazo (> 5 años) de anticonceptivos orales.

Seguidamente se hacen algunos comentarios de los factores más importantes.

Infecciones.

La relación del cáncer de cérvix uterino con la conducta sexual hace que se busque un microorganismo transmisible que fuera el desencadenante del proceso neoplásico. En este sentido diversos estudios han encontrado una mayor frecuencia de infecciones de transmisión sexual como factor de riesgo.

Entre los gérmenes que se han estudiado más intensamente y que se relacionan con el proceso neoplásico están los virus, en particular el VPH.

En la actualidad según Lazcano et al. (2001), la infección por el virus del papiloma humano es considerada la enfermedad de transmisión sexual más común en ambos sexos.

Sin embargo, Molano et al (2003) hay otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), particularmente aquellas asociadas con cervicitis aguda como *Chlamidia trachomatis, Neisseria gonorrhea, y aún Gardnerella vaginalis* ó *Tricomonas vaginalis,* que pueden aumentar la susceptibilidad para la infección por el VPH genital. Ailhaud (2002) afirma que la asociación frecuente de patógenos normales comunes, como *Cándida albicans* y la *Tricomonas vaginalis* pueden simplemente reflejar la supresión inmunológica en le *epitelio* genital que parece ser inducida por el VPH.

Inmunosupresión

La supresión de la respuesta inmunológica es considerada como un factor de riesgo crucial para adquirir la infección por VPH genital, así como para explicar las recurrencias o la persistencia del virus hasta el cáncer de cérvix uterino.

En los pacientes con inmunosupresión, tanto congénita como adquirida, se ha demostrado una mayor incidencia de cáncer de cuello uterino, y lesiones precursoras. Ellerbrock et al. (2000) menciona que se ha comprobado que hay alteraciones de la inmunidad general y local en pacientes con lesiones intraepiteliales. Se desconoce la naturaleza exacta de esta asociación, y si es causa o consecuencia del propio proceso neoplásico, si puede participar en la evolución de la lesión intraepitelial, o en el control del proceso invasor.

La supresión inmunológica sistémica en enfermos con patologías como el Hodgkins, la leucemia y enfermedades vasculares del colágeno, pueden estar asociadas con infección recurrente y persistente del VPH. La inmunosupresión médica como el caso de los pacientes con transplantes es un importante factor de riesgo.

Varios estudios asocian la inmunosupresión de las pacientes HIV – seropositivas con la adquisición de infección por VPH. y posterior progresión para el cáncer de cérvix , vulva, vagina o ano.

Conducta sexual

Desde hace tiempo, se sabe que el cáncer de cérvix uterino, así como las lesiones precancerosas que lo preceden, está asociado a las relaciones sexuales, según Lobotón et al. (2004) es excepcional su aparición en mujeres vírgenes y máxima en prostitutas. Hoy se sabe que son factores de riesgo de este tumor maligno, el inicio precoz de las relaciones sexuales y la presencia de múltiples compañeros sexuales. Se cree que la asociación con el número de hijos está ligada a un inicio más precoz de la actividad sexual.

En este sentido Buckley et al. (1981) menciona que la actividad sexual del varón es un importante factor de riesgo, pues las mujeres cuyas parejas

sexuales tienen múltiples compañeras tienen un mayor riesgo de desarrollar el cáncer de cérvix uterino.

Anticoncepción hormonal (Utilización prolongada de anticonceptivos orales).

La relación entre la utilización prolongada de anticonceptivos orales y el cáncer invasor de cérvix, es controvertida. De hecho algunos estudios demostraron un aumento del riesgo y otros refieren que solamente tuvieron un importante efecto de protección, mientras que otros encuentran ningún efecto. Las pacientes que toman anticonceptivos orales tienen un mayor riesgo de carcinoma *in situ* que las personas que nunca lo tomaron. El efecto es de difícil valoración y si existe, es débil. Para estudiar el uso de la píldora anticonceptiva, es necesario ajustar el comportamiento sexual y poder controlar el riesgo a la exposición al VPH, que es una tarea difícil de alcanzar.

Multiparidad.

Hay varios estudios previos que han descartado la paridad como factor de riesgo de cáncer cervical. Estos, han demostrado que el riesgo aumenta con el número de partos por vía vaginal. Por ejemplo Zunzunegui et al (1986), en un estudio de casos y controles, encontró un riesgo relativo de 6.5 para las mujeres con embarazos en relación con las nuligestas y de 2.4 para las que tenían historia o no de partos.

A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmuno supresión del embarazo, los traumatismos obstétricos repetidos principalmente en el labio anterior del cérvix aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH.

En el embarazo frecuentemente se ve un crecimiento rápido en el número y tamaño de los condilomas, lo que sugiere que el estrógeno materno permite la replicación viral. Se han detectado grandes cantidades de ADN viral en las muestras citológicas de mujeres embarazadas en comparación con las no embarazadas.

Muñoz (2002) considera que a pesar de haber algunos estudios contradictorios al respecto de este tema, la multiparidad es un factor de riesgo importante para contraer la enfermedad.

Tabaquismo.

Varios autores como Hakama et al (2000) han señalado el tabaquismo como un importante factor de riesgo para el desarrollo de la neoplasia cervical. Productos del cigarrillo, como la cotinina, nicotina y otros mutágenos vehiculados por el humo, pueden ser encontrados en altas cantidades en el moco cervical de las fumadoras y que estos pueden dañar el ADN del tejido e inhibir la presencia de antígenos por parte de las células de Langerhans, evitando posiblemente como señala Yepes (2003) el reconocimiento del VPH por el sistema inmune local.

Evolución natural del precáncer

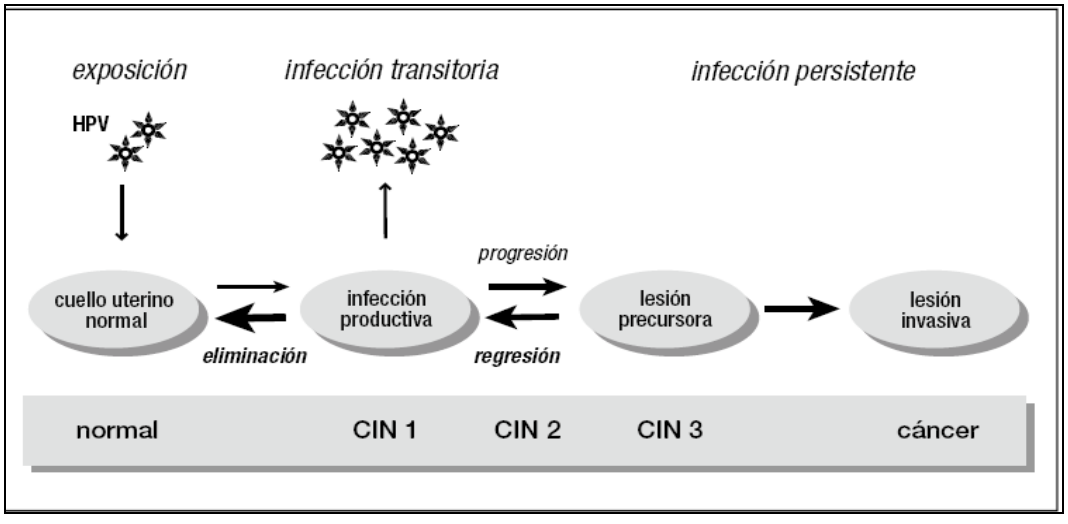
Al principio de la adolescencia y en el primer embarazo, mientras tiene lugar la metaplasia escamosa, la infección por el VPH puede inducir cambios en las células recién transformadas, con la incorporación de componentes víricos en el ADN celular. Si el virus persiste, puede causar alteraciones precancerosas y más tarde cancerosas al interferir con la regulación normal de la multiplicación celular.

Las estimaciones del tiempo necesario para que se desarrolle el cáncer a partir de la infección por el VPH varían. El sesenta por ciento o más de los casos de displasia leve se resuelven espontáneamente y sólo el 10% progresan a displasia moderada o grave en 2 a 4 años; en algunos casos puede observarse una displasia moderada o grave sin un estadio previo detectable de displasia leve. Menos del 50% de los casos de displasia grave progresan a carcinoma invasor y los porcentajes son muchos menores en las mujeres más jóvenes.

El curso natural de la progresión (Fig. 1), habitualmente es de unos 10 a 20 años entre la displasia leve y el carcinoma, hace que el cáncer cervico uterino sea una enfermedad relativamente fácil de prevenir y es la razón fundamental del cribado con la práctica de la citología fundamentalmente.

Figura Nº 01

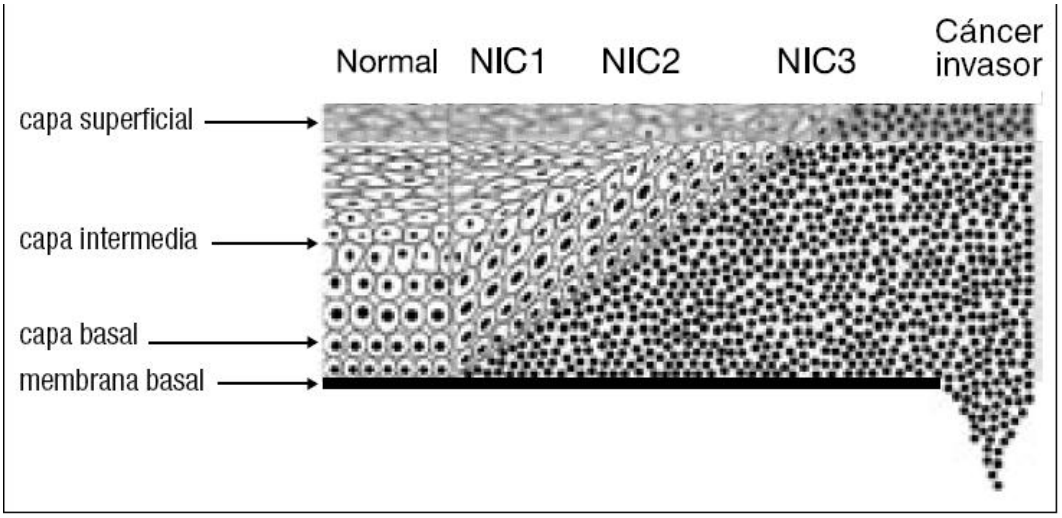
Evolución Natural del Cáncer Cervico-uterino



Fuente: Control Integral del cáncer Cervicouterino: Guía de prácticas esenciales OMS, 2007.

Figura Nº 02

Progreso del Epitelio Normal a Cáncer Invasor



Fuente: Control Integral del cáncer Cervicouterino: Guía de prácticas esenciales OMS, 2007.

Sistemas de clasificación del precáncer

Existen muchos sistemas en el mundo para clasificar y denominar los tumores premalignos del cuello uterino tomando como base la citología y la histología. Algunos son más útiles que otros pues toman en consideración el conocimiento de la evolución natural de la enfermedad adquirido durante las últimas décadas.

El sistema de clasificación de la neoplasia intraepitelial cervico uterina (NIC) se desarrolló en 1968 para tener en cuenta las distintas evoluciones naturales observadas con diferentes grados de displasia. En muchos países todavía se usa en los informes citológicos, aunque hablando con propiedad sólo se debería utilizar en los informes histológicos (resultado del examen de las muestras de tejido al microscopio).

El sistema de Bethesda se concibió en la década de 1990 en el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. En este sistema, que sólo se debería utilizar en los informes citológicos, las NIC 2 y 3 se han reunido en un solo grupo, denominado «lesión intraepitelial escamosa de alto grado» (LIE). En la citología (esto es, en el examen de un frotis al microscopio), es difícil, si no imposible, distinguir la NIC 2 y la 3 (Bergeron, 2003).

En la clasificación del 2001 de Bethesda, las células atípicas se dividen en ASCUS (células escamosas atípicas de significado indeterminado) y AGUS (células escamosas atípicas, no puede excluirse una lesión intraepitelial escamosa de alto grado). Ésta es la clasificación recomendada por la OMS para los informes citológicos.

Cuadro Nº 01

Diferentes terminologías utilizadas en los informes Citológicos e Histológicos

Clasificación Citológica (Utilizada para el Cribado)		**Clasificación Histológica (Utilizada para el Diagnostico)**	
Papanicolau	Sistema de Bethesda	N I C	Clasificaciones descriptivas de la OMS
Clase I	Normal	Normal	Normal
Clase II	ASC-US AGUS	Atípica	Atípica
Clase III	LIE bajo Grado	NIC I Incluido el condiloma plano	Displasia Leve Coilocitosis
Clase III	LIE alto Grado	NIC II	Displasia Moderada
Clase III	LIE alto Grado	NIC III	Displasia Grave
Clase IV	LIE alto Grado	NIC III	Carcinoma in situ
Clase V	Carcinoma Invasor	Carcinoma Invasor	Carcinoma Invasor

Fuente: Control Integral del cáncer Cervicouterino: Guía de prácticas esenciales OMS 2007**.**

Frecuencia

El número de lesiones precancerosas que se encuentran en una población depende de:

• La prevalencia de la enfermedad en la población.

• El grupo de edad sometido a cribado (por ejemplo, si incluye a muchas mujeres jóvenes se encontrarán más lesiones de bajo grado).

• Si la mujer ha sido objeto de cribado previo (si el cribado se practica regularmente en las mujeres se encontrarán menos lesiones de bajo grado).
• La prevalencia del VIH en la población sometida a cribado (se encuentran más lesiones precancerosas cuando la prevalencia del VIH es elevada).

En una población nunca antes cribada de mujeres entre 25 y 65 años de edad probablemente se observen los siguientes porcentajes de resultados anormales:

– LIE de bajo grado: 3 – 10%;

– LIE de alto grado: 1 – 5%;

– Cáncer invasor: 0,2 – 0,5%.

Características morfológicas del Cáncer de cérvix ó cuello uterino.

Las características morfológicas del cáncer de cérvix uterino, se puede abordar bajo su punto de vista macroscópico y microscópico.

Características macroscópicas del cáncer de cérvix uterino

El cáncer de cérvix uterino en sus fases iniciales puede no causar síntomas y no posee características macroscópicas específicas que permitan el diagnóstico a la simple inspección,. En esta fase preclínica, el diagnóstico solamente se puede hacer mediante la citología exfoliativa, la colposcopia y la biopsia.

En su forma precoz pude aparecer como una eritroplasia, es decir, como una mancha roja de extensión variable, próxima al orificio cervical externo. La zona roja suele tener una superficie de aspecto granular o ulcerado, con gran vascularización y que sangra con gran facilidad al roce. Loas canceres más avanzados pueden ser exofíticos, endofíticos o una combinación de ambos. La variedad exofítica es la más frecuente.

Característica microscópica del cáncer de cérvix uterino

Existen diversas clasificaciones histológicas del carcinoma cervical pero en la actualidad se consideran tres tipos fundamentales:

- Carcinoma de células escamosas o epidermoide (60 – 80%).
- Adenocarcinoma (15%)
- Carcinoma adenomatoso (10.4%)
- Otros (1.4%).

Evolución natural del cáncer cervico uterino invasor

La OMS (2002) define el cáncer cervico uterino invasor, como una invasión de células anormales en el tejido conectivo fibroso y denso situado por debajo de la membrana basal. Se inicia con un estadio micro invasor, que no es visible al ojo desnudo durante el examen con especulo y debe

diagnosticarse histológicamente, mediante una muestra de tejido obtenido en una conización o una histerectomía.

Luego, da lugar a lesiones mayores, que pueden extenderse a la vagina, las paredes pélvicas, la vejiga, el recto y órganos distantes. Si no se trata, el cáncer cervico uterino progresa de manera predecible y casi siempre conduce a la muerte. El sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) se utiliza a menudo para describir la extensión de la invasión cancerosa y seleccionar opciones de tratamiento.

Existen cuatro vías, habitualmente secuenciales, por medio de las cuales progresa un cáncer invasor. La enfermedad permanece generalmente confinada al aparato genital femenino durante un largo período, donde puede recibir tratamiento.

1. **Dentro del cuello uterino.**

Se extiende a partir de un pequeño foco de cáncer micro invasor y termina por afectar a todo el cuello uterino, que puede agrandarse hasta tener un diámetro de 8 cm. o más. El cáncer puede ser ulceroso, exofítico (que crece hacia fuera) o infiltrante (que invade el interior).

2. **Hacia las estructuras adyacentes.**

La diseminación directa en todas las direcciones es posible: hacia abajo (la vagina); hacia arriba (el útero); hacia los lados (en los parametrios, que son los tejidos que soportan el útero en la pelvis, y los uréteres); hacia atrás (el recto) y hacia delante (la vejiga).

3. **Linfática**.

La diseminación hacia los ganglios linfáticos pelvianos ocurre en el 15 % de los casos cuando el cáncer se encuentra todavía confinado al cuello uterino y aumenta conforme el cáncer se disemina. Las metástasis en los ganglios linfáticos se limitan al principio a la región pelviana, más tarde pasan a la cadena ganglionar a lo largo de la aorta y, finalmente, alcanzan la fosa supraclavicular (el espacio situado por encima de la clavícula). Si el cáncer ha avanzado hasta el tercio inferior de la vagina, los ganglios inguinales pueden verse afectados y agrandados a la palpación.

4. **Metástasis distantes** por las vías linfática y sanguínea.

Las células cancerosas del cuello uterino pueden diseminarse a través de la sangre y el sistema linfático y reproducirse por metástasis a distancia en el hígado, los huesos, los pulmones y el cerebro.

Características clínicas del cáncer de cérvix uterino

La primera manifestación del cáncer de cérvix invasor puede ser un manchado provocado por un coito, por un lavado vaginal o por una exploración ginecológica, con tendencia a incrementarse en forma de hemorragia intermestrual si la mujer no es aún menopáusica. Posteriormente puede aparecer una hemorragia intermestrual más abundante (Shaw, 2003)

El flujo es el segundo síntoma en orden de frecuencia y habitualmente son pérdidas vaginales serosanginolentas o amarillas particularmente en lesiones necróticas más avanzadas. Estas pérdidas pueden tener olor fétido y estar entremezcladas con una hemorragia profusa. En caso de hemorragia crónica las pacientes pueden quejarse de fatiga u otros síntomas relacionados con la anemia.

Otro signo que puede estar presente es el dolor, el cual se localiza normalmente en pelvis o hipogastrio. Suele deberse a necrosis del tumor ó a enfermedad inflamatoria pélvica. Si la paciente refiere dolor en región lumbosacra hay que pensar en la posibilidad de que estén afectados los ganglios linfáticos peri – aórticos y raíces lumbosacras. Ocasionalmente puede existir dolor epigástrico debido a metástasis en ganglios linfáticos peri – aórticos altos. En estadios más avanzados pueden aparecer síntomas urinarios y réctales, como consecuencia de la invasión neoplásica en vejiga ó recto. En esta situación puede haber tenesmo, mucorrea, hematuria ó rectorragias, además de los síntomas generales y caquexia.

Cáncer cervico uterino e infección por el virus de Inmunodefi - ciencia humana.

La inmunodepresión debida a la infección por el VIH u otras causas (como puede ser la administración de fármacos contra el rechazo de un injerto después del trasplante) plantea ciertos problemas.
Las mujeres seropositivas presentan:

• Una mayor prevalencia del VPH; el riesgo de infección aumenta con el grado de inmunodepresión.

• Una mayor prevalencia de infección persistente y de infección por múltiples tipos oncógenos de VPH.

• Un mayor riesgo de precáncer, que aumenta con el grado de inmunodepresión y puede ser de dos a seis veces mayor que en las mujeres no infectadas.

• Un mayor riesgo de enfermar de cáncer cervico uterino.

• Un diagnóstico de enfermedad invasora hasta 10 años antes que la media.

• Más frecuentemente una enfermedad avanzada con peor pronóstico.

Cribado del Cáncer Cérvico Uterino

Cribado

De acuerdo a Miller (1992) el cribado es una intervención de salud pública que se efectúa en una población de riesgo o población destinataria. El cribado no se realiza para diagnosticar una enfermedad, sino para identificar a las personas con gran probabilidad de padecer o contraer una enfermedad. Las mujeres indicadas para el cribado del cáncer cervico uterino pueden sentirse en realidad perfectamente bien y tal vez no tengan motivos para acudir al establecimiento sanitario.

No todas las enfermedades admiten cribado. Cualquier enfermedad que sea objeto de un programa de cribado debe cumplir los siguientes requisitos:

• La enfermedad debe tener graves repercusiones en la salud pública.

• La enfermedad debe tener un estadio pre sintomático (sin síntomas) capaz de ser detectarlo.

• La prueba de detección debe ser sencilla, no lesiva, sensible, específica, barata y aceptable para la población destinataria.

• El tratamiento en el estadio pre sintomático debe influir favorablemente en el curso a largo plazo y el pronóstico de la enfermedad.

• Cualquier prueba adicional y tratamiento que se necesiten deben estar disponibles y ser accesibles y económicos para las personas con resultados positivos en las pruebas de detección.

El cáncer cervico uterino reúne todas las condiciones que se acaban de mencionar.

Los programas de cribado solo tendrán éxito si existen los siguientes elementos:

• Elevada cobertura (80 %) de la población expuesta a la enfermedad;

• Adecuado seguimiento y tratamiento de las personas con cribado positivo. Los esfuerzos por aumentar la cobertura serán en vano si estas personas no reciben el seguimiento necesario.

• Vinculación eficaz entre los componentes de los programas (por ejemplo desde el cribado hasta el diagnóstico y el tratamiento);

• Cobertura, pruebas de detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de calidad óptima;

• Recursos adecuados.

El cribado del cáncer cervico uterino aspira a que la mayor proporción posible de mujeres en riesgo, se sometan a una prueba de detección y a garantizar que quienes tengan un resultado analítico positivo o anómalo, reciban el seguimiento adecuado.

Dichas mujeres necesitarán una prueba diagnóstica, así como seguimiento o tratamiento. A menudo se utilizan la colposcopia y la biopsia para hacer un diagnóstico específico del alcance de la anomalía en las mujeres con cribado positivo (Borrás, 1994).

Se pueden utilizar diversas pruebas para detectar el cáncer cervico uterino. La única que ha sido utilizada en grandes poblaciones y que ha dado muestras de reducir la incidencia de cáncer cervico uterino y la mortalidad por dicha causa es la prueba de Papanicolaou (citología vaginal). Con independencia de la prueba utilizada, la clave de un programa eficaz es que la mayor proporción posible de mujeres en riesgo se beneficien con la detección y el tratamiento óptimos.

PRUEBAS DE DETECCIÓN

Una buena prueba de detección es:

• Exacta.
• Reproducible.
• Barata.
• De ejecución y seguimiento sencillo.
• Aceptable.
• Inocua.

Las pruebas siguientes cumplen en mayor o menor grado los criterios anteriores:

• Citología: convencional (prueba de Papanicolaou) y en medio líquido.
• Prueba de ADN del VPH.
• Inspección visual: con ácido acético o Lugol.

Citología

En la prueba de Papanicolaou, se toma una muestra de células de la zona de transformación del cuello del útero por medio de un cepillo o de una espátula de madera de punta extendida; ya no se recomienda la utilización de un hisopo de algodón sin embargo aún es utilizada. Se deben tomar muestras de toda la zona de transformación, dado que allí es donde se desarrollan prácticamente todas las lesiones de alto grado.

La muestra se esparce sobre el portaobjetos y se fija inmediatamente con una solución para preservar las células. El portaobjetos se envía al laboratorio de citología donde se tiñe y examina al microscopio para determinar si las células son normales y clasificarlas apropiadamente (Clasificación de Bethesda del año 2001).

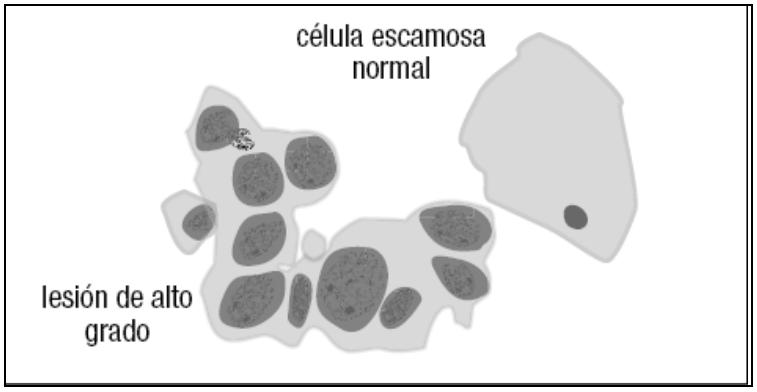
Los resultados de la prueba de Papanicolaou se envían luego al establecimiento sanitario donde se tomó la muestra. Los trabajadores de la salud son los responsables de que se transmitan los resultados a la mujer y de que ésta reciba el seguimiento apropiado.

La prueba de Papanicolaou se realiza en menos de 5 minutos, no es dolorosa y se puede efectuar en una sala de reconocimiento ambulatorio. Se aconseja postergar la prueba de Papanicolaou si la mujer está menstruando abundantemente, presenta signos clínicos evidentes de inflamación o presenta alguna complicación en el embarazo.

Un frotis satisfactorio contiene un número apropiado de células del epitelio escamoso debidamente preservadas y un adecuado componente endocervical o de la zona de transformación. Cada frotis se debe rotular de forma legible.

Figura Nº 03

Células epiteliales normales y anormales



Fuente: Control Integral del cáncer Cervicouterino: Guía de prácticas esenciales OMS 2007.

En las condiciones óptimas, la citología convencional permite detectar hasta el 84 % de los casos de precáncer y cáncer. No obstante, en peores condiciones su sensibilidad se reduce al 38 %. La especificidad de la prueba suele ser del 90 %.

Citología en medio líquido (CML):

Este perfeccionamiento de la citología convencional se introdujo a mediados de la década de 1990 y es cada vez más utilizado en entornos de elevados recursos. En vez de esparcir las células del cuello uterino sobre el portaobjetos, el dispensador transfiere la muestra del cepillo a una solución de conservante.

La muestra se envía a un laboratorio donde se prepara el portaobjetos. La CML es más costosa que la citología convencional y el personal de laboratorio necesita una formación especial. No obstante, parece tener varias ventajas con respecto a los métodos convencionales.

- Las muestras obtenidas son más representativas de sus zonas de origen y arrojan menos resultados negativos falsos.
- El número de muestras no satisfactorias es menor.
- La interpretación de cada muestra es mucho más rápida, lo cual aumenta la eficiencia y la rentabilidad.
- El material recogido también puede someterse a la prueba de ADN del VPH.

A pesar de que, hasta ahora, no se ha publicado ningún ensayo controlado ni aleatorizado para comparar la CML con la prueba de Papanicolaou, diversos estudios han demostrado que la primera es más sensible y presenta casi la misma especificidad que la segunda.

Métodos de cribado basado en el ADN del VPH

La OMS (2002) que los nuevos programas de cribado se basan en la detección del ADN de VPH oncógenos en los frotis vaginales o cérvico uterinos. Se toma una muestra de células del cuello del útero o de la vagina con un hisopo o cepillo diminuto, que luego se coloca en una solución con conservante dentro de un envase pequeño. La muestra puede obtenerla un dispensador de atención sanitaria o la propia mujer, insertando el hisopo profundamente en la vagina.

En cualquier caso, los envases con las muestras se transportan hacia un laboratorio donde son procesadas. Para efectuar estas pruebas, actualmente es necesario disponer de un equipo analítico complejo y costoso. La presencia de VPH oncógenos no se asocia necesariamente con la presencia de precáncer o cáncer; solamente indica que existe una infección por el VPH.

La combinación de la citología con la prueba del VPH tiene una extraordinaria sensibilidad y un valor diagnóstico de un resultado negativo de cerca del 100 %. Por consiguiente, en las mujeres cuyos resultados den negativos en ambas pruebas cabe la posibilidad de prolongar el intervalo entre cribados. El problema es el coste elevado de la realización de ambos ensayos al mismo tiempo. El coste elevado, unido a la necesidad de disponer en ambos casos tanto de un laboratorio de biología molecular como de métodos de transporte fiables, constituyen los principales inconvenientes; además, no está probado que el ensayo del VPH pueda utilizarse en entornos de escasos recursos.

Por lo general, la prueba del VPH no se utiliza sola como método primario de cribado, sino sobre todo combinada con la citología para mejorar la sensibilidad del cribado o como instrumento de tría para evaluar cuáles mujeres con resultados dudosos en la prueba de Papanicolaou deben ser derivadas para colposcopia. La principal indicación es un resultado de «células atípicas de significado indeterminado» (ASCUS) en la prueba de Papanicolaou.

De todas las mujeres que presentan dicha lesión, solamente aquellas cuyo cribado sea positivo con respecto a los tipos oncógenos del VPH necesitarán derivación a efectos de la colposcopia y la biopsia, lo cual reduce considerablemente el número de colposcopías.

Métodos visuales

Se dispone de dos métodos visuales:

• La inspección visual con solución de ácido acético (IVA); y
• La inspección visual con solución de Lugol (IVL).

Una vez aplicada la solución de ácido acético diluido (vinagre), en el caso de la IVA, o la solución yodada de Lugo l, en el caso de la IVL, las anomalías se identifican mediante la inspección del cuello uterino sin necesidad de aumento. El tejido cervico uterino anómalo que entra en contacto con la solución diluida de ácido acético cobra provisionalmente un color blanquecino («acetoblanco») y ello le permite al dispensador saber de inmediato si el resultado es positivo (anormalidad) o negativo (normalidad). Cuando se aplica la solución yodada al cuello uterino, las lesiones precancerosas y cancerosas aparecen bien definidas, gruesas y de un color amarillo azafranado o mostaza; en cambio, el epitelio escamoso se tiñe de un color marrón o negro y el epitelio cilíndrico conserva su color rosado habitual.

Al no depender de servicios de laboratorio, ambos métodos de inspección visual constituyen alternativas promisorias a la citología en los lugares de escasos recursos. Actualmente se están probando en vastos ensayos controlados de diseño aleatorizado y transversal en países en desarrollo. Hasta no disponer de los resultados de dichos estudios, la OMS recomienda que tanto la IVA como la IVL se utilicen solamente en ensayos piloto, pues todavía no se ha comprobado su impacto en la incidencia y la mortalidad del cáncer cervico uterino.

En circunstancias experimentales, la IVA presenta una sensibilidad de detección de lesiones precancerosas y cancerosas de casi el 77 %, en promedio, con cifras que van del 56 % al 94 %. La especificidad varía entre el 74 % IVA e IVL.

Seguimiento y tratamiento de las mujeres con resultados analíticos Anómalos (positivos)

El cribado por sí solo no prevendrá ni un solo caso de cáncer cervico

uterino. Para que un programa de prevención de cáncer cervico uterino tenga éxito probablemente lo más importante sea disponer de un sistema eficaz de seguimiento y tratamiento de las mujeres con cribado positivo.

Lo ideal es que todas las mujeres reciban los resultados de sus pruebas, sean éstos negativos o positivos. En la práctica, los recursos serán a veces demasiados escasos para permitirlo. Cuando menos se han de comunicar los resultados y la clase de seguimiento necesario a las mujeres cuyos resultados analíticos son positivos o anómalos. El seguimiento resulta fundamental para el bienestar de la mujer y el éxito del programa de prevención y control de cáncer de cuello uterino por lo que se deben extremar los esfuerzos para establecer contacto con las mujeres cuyos resultados analíticos sean positivos.

Diagnóstico y Tratamiento del Precáncer

• Se deben efectuar investigaciones adicionales en todas las mujeres cuyas pruebas de detección han dado resultados positivos o anómalos, a fin de efectuar el diagnóstico definitivo.

• El método convencional para el diagnóstico de las lesiones precancerosas cervico uterinas es el examen histopatológico del tejido obtenido en la biopsia guiada por colposcopia.

• El método de «cribado y tratamiento» implica la administración de tratamiento cuando la prueba de detección arrojó resultados positivos, sin practicar ninguna otra prueba diagnóstica. Se trata de un enfoque nuevo; todavía no se ha determinado su efecto a largo plazo en la incidencia del cáncer.

• Es imprescindible tratar las lesiones precancerosas clasificadas como NIC 2 o NIC 3. Las lesiones de tipo NIC 1 tienden a resolverse de forma espontánea, pero deben tratarse si cabe la posibilidad de que la mujer no regrese al servicio para el seguimiento, así como en otras circunstancias especiales.

• Los tratamientos ambulatorios, como la crioterapia y la escisión electro quirúrgica con asa, son preferibles a los tratamientos más traumáticos (como la conización con bisturí), que exigen anestesia y a menudo hospitalización, además de entrañar un mayor número de complicaciones.

• La conización con bisturí se considera adecuada cuando no se cumplen los criterios de elección de la crioterapia ni de la escisión electro quirúrgico con asa.

• No ha de practicarse la histerectomía para tratar el precáncer, salvo si existen otros motivos de peso para extirpar el útero.

Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino

Según la OMS (2007), todo Programa Nacional de lucha contra el cáncer de cuello uterino debe tener cuatro elementos básicos:

1. Prevención Primaria: Prevención de la infección por el VPH y de los cofactores que incrementan el riesgo de cáncer de cuello uterino, mencionados anteriormente. Incluye la educación y la puesta en práctica de estrategias para modificar la conducta.

2. Detección precoz: Comprende programas de cribado sistematizado hacia los grupos de riesgo.

3. Diagnóstico y tratamiento: Incluye el seguimiento de los casos positivos en el cribado y el aseguramiento del tratamiento apropiado de la enfermedad.

4. Garantía de la existencia de cuidados paliativos en la enfermedad avanzada.

Planificación Estratégica.

La planificación Estratégica según Steiner (1995), es una herramienta por excelencia de la gerencia estratégica, el cual consiste en la búsqueda de una o más ventajas competitivas de la organización para la formulación y la puesta en marcha de estrategias que permita crear o preservar sus ventajas, todo esto en función de la misión y de los objetivos de una organización.

Resumiendo la opinión de diferentes autores consultados se puede definir la Planificación Estratégica: como un proceso en el cual los dirigentes ordenan sus objetivos y sus acciones en el tiempo. No es un dominio de la alta gerencia, sino un proceso de comunicación y de determinación de decisiones donde intervienen todos los niveles estratégicos de la organización.

El conjunto de actividades formales encaminadas a producir una formulación estratégica son de diferentes tipos y van desde una reunión anual de directivos para discutir las metas para el ejercicio entrante, hasta la obligatoria recopilación y envió de datos presupuestarios por parte de todas las unidades de la organización a la unidad superior. Son aquellos mecanismos formales, es decir, de cumplimiento obligado a plazo fijo, que “fuerzan” el desarrollo de un plan estratégico para la organización.

Señala Blackerby (1996) que el diseño estratégico, guía a la dirección en la tarea de diseñar planes para la resolución de problemas. La planificación estratégica no es sólo una herramienta clave, para el directivo implica necesariamente, un proceso interactivo de arriba abajo y de abajo arriba en la organización; la dirección general marca metas generales para la empresa (apoyada en la información de mercados recibida, con seguridad, de las unidades inferiores) y establece prioridades; las unidades inferiores determinan planes y presupuestos para el período siguiente; esos presupuestos son consolidados y corregidos por las unidades superiores, que vuelven a enviarlos hacia abajo, donde son nuevamente retocados . Como consecuencia, el establecimiento de un sistema formal de planificación estratégica hace descender la planificación estratégica a todos los niveles de la organización.

Conceptos Involucrados en la Planificación

Plan: Proyecto que establece objetivos y elementos estructurantes de una actividad.

Estrategia: Habilidad, Destreza, Maniobra, Pericia.

Plan general de acción para conseguir un objetivo o Conjunto de acciones Idóneas y precisas para la consecución de un objetivo. “La planificación estratégica como un proceso continuo y sistemático donde las personas toman decisiones acerca de los resultados futuros que pretenden, cómo se logran los resultados, y cómo se mide y evalúa el éxito (Blackerby, 1996). También podemos definir la Planificación estratégicas, “Como la formulación de hipótesis a los efectos de definir estrategias y programas para facilitar la concreción de determinada acción política. Para poder conocer las posibilidades y restricciones económicas administrativas, que podemos enfrentar en un proceso de descentralización”· (Lombarda. 1995).

La Planificación Estratégica la cual constituye un sistema gerencial que desplaza el énfasis en el “que lograr” (objetivos) al “que hacer” (estrategias). Con la Planificación Estratégica se busca concentrarse en sólo, aquellos objetivos factibles de lograr y en qué negocio o área competir, en correspondencia con las oportunidades y amenazas que ofrece el entorno.

La esencia de la planeación estratégica consiste en la identificación sistemática de las oportunidades y peligro que surgen en el futuro, los cuales combinados con otros datos importantes proporcionan la base para qué una empresa tome mejores decisiones en el presente para explotar las oportunidades y evitar los peligros, planear significa diseñar un futuro deseado e identificar las formas para lograrlo.

La planeación estratégica es un proceso que se inicia con el establecimiento de metas organizacionales, define estrategias y políticas para lograr estas metas, y desarrolla planes detallados para asegurar la implantación de las estrategias y así obtener los fines buscados. También es un proceso para decidir de antemano qué tipo de esfuerzos de planeación debe hacerse, cuándo y cómo debe realizarse, quién lo llevará a cabo, y qué se hará con los resultados. La planeación estratégica es sistemática en el sentido de que es organizada y conducida con base en una realidad entendida.

Tomando en cuenta la información anterior y refiriéndonos al tema que trata esta investigación, los programas efectivos de prevención del cáncer cérvico uterino comparten una serie de enfoques claves que deben ser tomados en cuenta a la hora de proponer cualquier estrategia:

- Utilizan mensajes de comprensión local para elevar el conocimiento de la enfermedad.
- Se ponen en contacto con una considerable porción de mujeres en edad de riesgo.
- Alientan a las mujeres a hacerse por lo menos una prueba.
- Ofrecen tratamiento a las mujeres como pacientes ambulatorias, de forma generalizada.
- Ofrecen la necesaria atención médica posterior.
- Evalúan el impacto de la intervención.

El lugar de estudio, Ambulatorio Urbano Tipo II "María Teresa Toro"

El Ambulatorio María Teresa Toro, ubicado en la Parroquia Madre María del Municipio Girardot del Estado Aragua, según reseñas de Molina (1999) fue fundado en el año 1952 por el Dr. Juan Ballesteros Bermúdez (Pediatra Puericultor) y funcionaba como un dispensador de Salud Pública. El 2 de Diciembre de 1955 fue inscrito en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (M.S.A.S.). El 31 de Enero de 1956 esta Institución inicia sus actividades como Centro Materno Infantil, donde sólo se atendía a la mujer embarazada. Fue hasta el año 1973 durante el mes de Junio, cuando pasó a ser un Centro de Atención Integral, actividad que cumple hasta la actualidad.

Cabe destacar que en esta Institución se encuentra la Unidad Regional de Cáncer de Cuello Uterino del Estado Aragua desde hace más de 10 años y presta los siguientes servicios:
- Atención Integral al niño y el adolescente.
- Atención Integral al Adulto.
- Atención Integral a la Mujer.
- Pediatría.
- Ginecología y Obstetricia.

- Patología de Cuello Uterino.
- Odontología.
- Servicio Social.
- Clínica de Enfermería.
- Inmunizaciones.

BASES LEGALES

Las bases legales que sustentan la Investigación, tiene su fundamento en la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Desarrollo Social del año 2003, la cual responde al marco político establecido en el Plan de Desarrollo Económico Social de la Nación 2001 – 2007, al Plan Estratégico Social (2001), al Anteproyecto de la Ley Orgánica de la Salud y al marco jurídico establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del año 1999, en sus artículos 83 y 84 fundamentalmente, donde se establece a la salud como un derecho social fundamental, obligación del Estado, y donde este último es el rector y gestor del Sistema Público Nacional de Salud, el cual dará prioridad a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, garantizando el tratamiento oportuno y la rehabilitación.

La aplicación de los preceptos dirigidos a la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva son de obligatorio cumplimiento para todas las Instituciones Públicas y Privadas que desarrollan acciones en este ámbito, según Decreto Ministerial Nº 364 publicado en Gaceta Oficial Nº 37705 de fecha 5 de Junio del año 2003.

Para los ciudadanos y ciudadanas de cualquier edad, región, pueblo indígena de la República Bolivariana de Venezuela encontrarán en este documento un instrumento de garantía de sus derechos sexuales y

reproductivos y compromete a los trabajadores y trabajadoras del sector salud, a elevar la calidad de vida y salud de las familias venezolanas.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva acogiéndose a los preceptos establecidos en las últimas Conferencias Internacionales como son la del Cairo en 1994 y Beijing en 1995, donde se plantearon aspectos relacionados con la salud de la mujer, la maternidad y sus riesgos presenta el Manual de Procedimientos para la promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva.

Dicho Manual se presenta como un instrumento que orienta la atención en los diferentes niveles y redes del sistema de salud y cuyo objetivo general es ofrecer criterios para la aplicación de procedimientos, que garanticen atención integral a toda la población, el acceso a la información, orientación y servicios de alta calidad.

Se toman en cuenta todos los componentes de la salud sexual y reproductiva con enfoque transdisciplinario, transectorial tomando en consideración: la salud preconcepcional, pre – natal, perinatal, postnatal, lactancia Materna, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, atención ginecológica, atención a la salud de la mujer climatérica y menopáusica, atención de la salud sexual y reproductiva del hombre, **pesquisa de cáncer cérvico uterino**, mamario y próstata, detección y manejo de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, diagnóstico y manejo de las disfunciones sexuales con equidad de género con perspectivas de territorios sociales y etnias.

En cuanto al cáncer de cuello uterino, entre los objetivos específicos de este Manual de Procedimientos se establece colaborar con las instancias

normativas en la reducción de la morbilidad y mortalidad por esta patología, mediante la prevención, la detección temprana, el tratamiento adecuado y la referencia oportuna.

El Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico uterino está destinado a lograr la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, para lo cual hace énfasis en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones intraepiteliales, tomando en cuenta los factores de riesgo de esta afección, aplicando los procedimientos necesarios para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuna de esta entidad nosológica.

La pesquisa de cáncer de cuello uterino es responsabilidad de todos los niveles de atención pero con especial énfasis en el primer nivel de atención y a través de los integrantes del equipo de salud debe promoverse la detección precoz de esta patología y realizar campañas educativas que faciliten la participación de la comunidad y de la mujer en las actividades relacionadas con la prevención y el diagnóstico oportuno fundamentalmente.

Este Programa presenta las siguientes disposiciones generales:

- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer cervico uterino mediante la información, educación y comunicación con participación de la comunidad y los prestadores de servicio.
- Toma de citología a grupos de riesgo (25 - 64 años), que participen o no en las consultas de salud sexual y reproductiva.
- La consulta de Atención Integral a la Mujer, debe convertirse en un puente de comunicación y educación hacia la comunidad, a fin de motivar a la población a riesgo que no cumplen periódicamente sus controles citológicos.

Disposiciones específicas:

- En todo Establecimiento de Atención Integral se debe practicar la citología vaginal.
- En caso de detección de cáncer cervico uterino, debe asegurarse el tratamiento médico quirúrgico y oncológico oportuno y adecuado.
- Las actividades de educación para la salud relacionadas con la prevención son de carácter obligatorio en todos los Establecimientos de Salud.

Para establecer el diagnóstico de cáncer de cuello uterino, es indispensable la sospecha clínica y la presencia de células malignas en estudios citológicos ó imágenes anormales en los estudios colposcópicos, histopatológicos del material de biopsia ó pieza anatómica.

Estos constituyen las bases legales fundamentales de esta investigación, que pretende elaborar estrategias para aumentar la toma de citología en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino en el Ambulatorio María Teresa Toro de la Parroquia Madre María del Municipio Girardot. Estado Aragua.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En esta fase del estudio se describen los distintos métodos a seguir, así como las técnicas y protocolos instrumentales que posibiliten la recolección de la información requerida.

Señala Balestrini, (2002) que el marco metodológico está referido al momento que alude el conjunto de procedimientos lógicos, tecno operacionales implícitos en todo proceso de investigación, con el objeto de ponerlos de manifiesto y sistematizarlos. En base a estos resultados es posible descubrir y analizar los supuestos para generar resultados.

Enfoque ó Modalidad

El enfoque que sustenta esta investigación es integrador cuali - cuantitativo, dado que se estudia al todo con sus partes y se interrelacionan todos los elementos que intervienen en ella.

Al respecto, Martínez (1999) afirma que la naturaleza es un todo sistémico que se revela cuando es reducido a sus elementos porque pierde las cualidades emergentes del todo y la acción de esta sobre cada una de las partes. En virtud de ello se adopta una metodología que integra ambos puntos de vista tanto cualitativo como cuantitativo para captar la esencia de la interacción entre las diferentes partes o elementos que conforman el estudio. Así mismo, lo cualitativo que es el todo integrado no se opone a lo cuantitativo, sino que lo implica y lo integra donde sea importante.

Tipo de Investigación

De acuerdo al problema planteado referido a la Formulación de estrategias para aumentar la toma de citología en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino en el Ambulatorio María Teresa Toro de la Parroquia Madre María del Municipio Girardot del Estado Aragua y en función de sus objetivos, esta es una Investigación no experimental, descriptiva, de corte transversal de tipo Proyecto Factible, que según Hurtado (2000) consiste en la elaboración de una propuesta, ó modelo, como solución a un problema ó una necesidad de tipo práctico, ya sea de un grupo social o de una Institución, en un área particular del conocimiento a partir de un diagnóstico preciso de las necesidades del momento, los procesos explicativos generadores o involucrados y las tendencias futuras.

De acuerdo a lo antes expuesto, intenta proponer soluciones a una situación determinada. Implica explorar, describir, explicar y proponer alternativas de cambio, más no necesariamente ejecutar la propuesta.

Es de carácter descriptivo porque en la investigación se realizó un registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual del fenómeno. Se trabajó bajo realidades de hecho, y se caracterizó por presentar una interpretación de los datos recogidos.

Según la concepción acerca del diseño descriptivo de Hernández et al (1998), busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. “Se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas para describir lo que se investiga”, dentro de esta perspectiva se evidencia la relación con la investigación, dado que sus características metodológicas

pretenden indicar la interpretación y análisis correctos del fenómeno estudiado o diferenciadores de una realidad existente.

Población y Muestra

La población constituye el objeto de la investigación, de la cual se extraerá la información requerida para el estudio y según Palella y Martins (2003), la población es el conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar las conclusiones. La población puede ser definida como el conjunto finito o infinito de elementos, personas o cosas pertinentes a una investigación y que generalmente suele ser inaccesible.

La población en esta investigación estuvo conformada por el personal de salud (Médicos y Enfermeras) del Ambulatorio María Teresa Toro de la Parroquia Madre María del Municipio Girardot. Estado Aragua.

En el presente trabajo las unidades de análisis objeto de observación o estudio, serán la totalidad del personal de salud (Médicos y Enfermeras) del Ambulatorio María Teresa. Todos ellos constituyen la población o universo de estudio para la investigación planteada, para la cual se generalizarán los resultados. En la medida que se entiende por universo o población de estudio según Ander (1983) a la totalidad de un conjunto de elementos, seres u objetos que se desean investigar y de las cuales se pretende que reúnan las mismas características en igual proporción.

El universo objeto de estudio, constituye una población de tipo finita ya que está constituida por un determinado número de elementos que con relación a este estudio está limitada por 18 unidades o miembros del personal de salud.

Instrumentos de Recolección de la Información

Para dar cumplimiento al primer objetivo se revisaron los informes de Dsp 04 del Ambulatorio María Teresa Toro en el primer semestre del año 2007, y se contrastaron con los informes suministrados por el Sistema de Información |del Estado Aragua (SISMAI).

El describir las Estrategias del Programa Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino se ameritó la revisión de dicho Programa normalizado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Para precisar el conocimiento del personal de salud, se aplicó un cuestionario que Tamayo y Tamayo (1998) lo definen como un conjunto de preguntas respecto a las variables a medir que contiene los aspectos del fenómeno que se consideran esenciales. Además precisa el objeto de estudio reduciendo la realidad a ciertos números de datos esenciales.

El mismo quedó estructurado por diez preguntas cerradas dicotómicas, con una escala de dos alternativas, con el propósito de interrogar al personal de salud que labora en el Ambulatorio María Teresa Toro, directamente vinculados al problema investigado.

El diseño está organizado en las siguientes secciones: Portada y Presentación. Parte I: datos de identificación del miembro del personal de salud. Parte II: la cual a través de una serie de ítems, recoge la información requerida para precisar el conocimiento del personal de salud, con respecto a las actividades a seguir en el programa antes mencionado.

Validez y Confiabilidad del Instrumento.

La validación del instrumento pretende determinar si el mismo es adecuado y mide con eficacia lo que se pretende medir. Los instrumentos deben cumplir ciertas condiciones mínimas de calidad para garantizar que los resultados que proporcionan sean reflejos certeros de una realidad existente. De acuerdo a Hernández et al. (1998), definen la validez como "el grado en que mide lo que se pretende medir"

Por su parte, Ruiz (1998), expresa que la validez del contenido no se puede expresar cuantitativamente o a través de un índice o coeficiente, por lo general se estima de manera subjetiva y que convencionalmente, se utiliza el juicio de expertos"

En este orden de ideas, Hurtado (2000), señala que la confiabilidad se refiere "al grado en que la aplicación repetida del instrumento a las mismas unidades de estudio, en idénticas condiciones, produce iguales resultados, dando por hecho que el evento medido no ha cambiado". De igual manera el autor señalado anteriormente establece que los factores que afectan la confiabilidad de cualquier instrumento son la longitud del mismo, la homogeneidad y heterogeneidad de la muestra a la cual se le aplica el instrumento.

En esta investigación el instrumento quedó validado por el juicio de 3 expertos y antes de aplicarlo se realizó una prueba piloto en el Ambulatorio Efraín Abad, con el propósito de establecer la validez del instrumento en relación al problema investigado y someterlo a ciertos correctivos o refinamientos.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Para el presente estudio el cuestionario se aplicó a todo el personal médico y de enfermería activa, fija o no, que laboró en el Ambulatorio María Teresa Toro, durante el primer semestre del año 2007. Serán excluidos aquellos miembros del personal que no sean médicos o enfermeras, que no estén activos y que no hubiesen laborado en dicha Institución en el período antes mencionado.

Técnica de Análisis de Datos

Es importante señalar lo valioso que es para esta sección la organización y tratamiento que se le dio a los datos. En este sentido Sabino (1999) señala, que el procesamiento de datos constituye una labor de gran relevancia en una investigación dado que de la organización de la información recolectada dependerá la formulación de las conclusiones generales. Los resultados de los datos obtenidos fueron transcritos en tablas y gráficos para su correspondiente análisis.

Alcances y Limitaciones

Alcances:

La formulación de estrategias para incrementar la toma de citología, en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino, servirá para el logro de la cobertura óptima en dicha Institución. Cabe destacar que la presente investigación llegará sólo a la etapa de la propuesta, pero podrá servir de base a otras investigaciones ó Instituciones que deseen implementar dichas estrategias para mejorar la Cobertura del Programa antes mencionado.

Limitaciones:

Como en todo trabajo de investigación, se presentaron situaciones que ejercieron su influencia en el sentido obstaculizador, los cuales fueron resueltos sobre la marcha, por lo tanto se considera que no hubo limitaciones que interfirieron con la culminación de la presente investigación.

CUADRO Nº 2

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo Específico	Variable	Clasificación	Valor	Indicador	ítem
Precisar el conocimiento que tiene el personal de salud (Médicos y Enfermeras) sobre las	Promueve Ud. en la consulta y en la comunidad, la importancia de la toma de citología como método diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino a través charlas, entrega de dípticos, trípticos, etc.	Cualitativa Nominal	Si o No.	Frecuencia absoluta y porcentaje	1
	Se les realiza la toma de citología a todas las usuarias en edad de riesgo que asisten a la consulta aunque consulten por otra causa.	Cualitativa Nominal	Si o No.	Frecuencia absoluta y porcentaje	2

Actividades a realizar en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ministerio del Poder Popular para la Salud.	Se envían las muestras citológicas al Laboratorio de Anatomía Patológica en un lapso de una semana	Cualitativa Nominal	Si o No.	Frecuencia absoluta y porcentaje	3
	Los resultados de las muestras citológicas son recibidos antes de los 2 meses.	Cualitativa Nominal	Si o No.	Frecuencia absoluta y porcentaje	4
	Existe un miembro del personal de salud encargado de clasificar los resultados de las citologías recibidas.	Cualitativa Nominal	Si o No.	Frecuencia absoluta y porcentaje	5
	En caso de que la usuaria no acuda a buscar el resultado de la citología y este sea anormal, se realiza la visita domiciliaria	Cualitativa Nominal	Si o No.	Frecuencia absoluta y porcentaje	6
	Se les realiza seguimiento a las usuarias con resultados citológicos anormales, a través de la referencia a la consulta de Patología de Cuello Uterino.	Cualitativa Nominal	Si o No.	Frecuencia absoluta y porcentaje	7

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Este Capítulo comprende la presentación y análisis de los resultados, cuyo propósito fue interpretar y describir la información recogida, dicho análisis se llevó a cabo a partir de los datos suministrados por el SISMAI y los informes de DSP04 facilitados en la Institución, así como también de los datos aportados por el personal de salud del Ambulatorio María Teresa Toro que participaron en la investigación.

El nivel de análisis utilizado fue el descriptivo. Se centró en la descripción de los resultados obtenidos. En cuanto al cuestionario aplicado, cada uno de los ítems se analizó de manera individual, con su correspondiente interpretación, se relacionaron con los objetivos y el marco teórico, a fin de mantener un orden de congruencia entre los elementos fundamentales de la investigación, para al final precisar las conclusiones y obtener información clara que inducirán a la elaboración de estrategias de solución.

Los datos fueron presentados en tablas de distribución de frecuencia absoluta y porcentual con la adición de gráficos en su mayor parte de barra, donde los resultados representan un alto nivel de significación para la investigación.

TABLA Nº 1

CITOLOGIAS REALIZADAS EN EL AMBULATORIO MARÍA TERESA TORO. PRIMER SEMESTRE 2007.

Unidad de Análisis	Citologías programadas	Citologías Realizadas	Cobertura %
Citologías	1181	869	63

Fuente: SISMAI 2007

Los resultados permiten evidenciar que existe una gran diferencia entre las metas programadas y las metas realizadas durante el primer semestre del año 2007, en cuanto a toma de citología se refiere, lo cual permitió que la cobertura sólo alcanzara el 63%.

Para el período en estudio se dejaron de realizar 312 citologías, lo que representa 312 oportunidades perdidas, para la pesquisa del cáncer de cuello uterino, destinada a lograr la reducción de la mortalidad a través del diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de esta entidad nosológica.

Lo anterior se asemeja a los resultados de los trabajos mencionados anteriormente, sobre todo los del ámbito Nacional y Regional, donde se evidenció que existe una baja cobertura en la toma de citología y por ende del Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino.

Estrategias del Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ministerio del Poder Popular para la Salud, realizadas en el Ambulatorio María Teresa Toro.

En el Ambulatorio María Teresa Toro, se lleva a cabo el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino, normalizado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y cuyo objetivo general es realizar acciones de prevención de cáncer de cuello uterino como lo son:

- Promover la participación de miembros de la comunidad y educar a la población de riesgo.
- Promover la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino.
- Toma de las muestras de citologías cervico uterina a nivel de todas las consultas, (Tanto preventivas como curativas).
- Envío de muestras citológicas al Laboratorio de citopatología, de referencia Regional, para su procesamiento y envío de resultados al Centro respectivo donde fue tomada la muestra.
- Una vez recibido los resultados, serán clasificados por un miembro del equipo de salud responsable de esta tarea.
- Referencia de las mujeres con resultados citológicos anormales, a la Consulta de Patología Cervical.

Es importante señalar que dicho Programa se cumple en la Institución en estudio, desde hace varios años, sin embargo existe desconocimiento ó incumplimiento de algunas actividades, por parte de algunos miembros del personal de salud, como se podrá observar más adelante, en los cuadros y gráficos siguientes.

Con la finalidad de precisar el conocimiento que tiene el personal de salud (Médicos y Enfermeras) del Ambulatorio María Teresa Toro sobre las actividades a realizar en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino, se realizó un cuestionario al personal antes mencionado y dicha información fue tabulada y analizada como se presenta a continuación:

TABLA Nº 2

OPINIÓN DEL PERSONAL DE SALUD REFERENTE A LA PROMOCIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA CITOLOGÍA

Promoción	SI	%	NO	%
Médicos	6	100	0	0
Enfermeras	6	50	6	50

Fuente: Cuestionario Aplicado 2007

En la tabla Nº 2 se puede evidenciar que el 100% del personal médico promociona la importancia de la toma de citología como método de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, mientras que sólo el 50% del personal de enfermería realiza dicha actividad, la cual está normatizada en el programa de prevención y control de cáncer de cuello uterino del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

En tal sentido las estrategias a elaborar, deben estar dirigidas con mayor énfasis a esta parte del personal de salud, para reforzar la importancia de la toma de citología como estrategia de promoción y educación para la salud, lo cual se encuentra en correspondencia con la investigación de Camejo et al. (2001) descrita en el Capítulo II.

TABLA Nº 3

OPINIÓN DEL PERSONAL DE SALUD, SOBRE LA TOMA DE CITOLOGIA A TODAS LAS USUARIAS.

Toma de Citología a toda Usuaria	SI	%	NO	%
Médicos	5	83	1	17
Enfermeras	4	33	8	67

Fuente: Cuestionario Aplicado 2007

El 83% del personal médico opina que se le realiza la citología a toda usuaria que asiste, independientemente de la causa de consulta, no así el personal de enfermería, ya que sólo el 33% de las encuestadas está de acuerdo con dicha opinión.

En relación a los datos suministrados por el SISMAI, fácilmente observable en la Tabla Nº 1, esta podría ser la causa de la baja cobertura de la citología en la Institución en estudio. Existe un gran número de oportunidades perdidas al no realizar la toma de citología a todas las usuarias, independientemente de la causa de consulta. Señala Aguilar et al. (2002) que debe evitarse la práctica de la citología en forma oportunista en sólo algunas consultas y se debe ampliar la promoción de la salud, sobre todo a la población de riesgo.

TABLA Nº 4

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL ENVIO SEMANAL DE MUESTRAS CITOLOGICAS A ANATOMIA PATOLOGICA.

Conocimiento sobre el envío de muestras	SI	%	NO	%
Médicos	5	83	1	17
Enfermeras	11	92	1	8

Fuente: Cuestionario Aplicado 2007

En la Tabla Nº 4 se puede fácilmente observar que tanto el personal médico (83%) como el personal de enfermería (92%) tienen pleno conocimiento acerca del envío de muestras citológicas al laboratorio de Anatomía Patológica (Laboratorio ubicado en el Hospital Central de Maracay) en forma oportuna y periódica, el cual en este caso particular es de una semana aproximadamente, lo que se confirma a través de los datos suministrados por el SISMAI. Por lo que se cumple en forma efectiva con esta actividad, muy bien descrita en el programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

TABLA Nº 5

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS CITOLOGICOS EN UN LAPSO MENOR DE DOS MESES.

Conocimiento sobre obtención de resultados	SI	%	NO	%
Médicos	2	33	4	67
Enfermeras	1	8	11	92

Fuente: Cuestionario Aplicado 2007

Sólo el 33% de los médicos y el 8% de las enfermeras, opina que los resultados de las muestras citológicas enviadas al Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Central de Maracay, son enviados al Ambulatorio María Teresa Toro en un período menor de dos meses. Hecho que podría estar afectando el éxito del programa, ya que las usuarias podrían estar evitando acudir a esta Institución a realizarse la citología, ya que tendrían que esperar mucho tiempo para retirar su resultado citológico. Según datos suministrados por el SISMAI, los resultados son obtenidos en un lapso de mes y medio aproximadamente a pesar de que las muestras son llevadas al Laboratorio semanalmente.

El retardo en la obtención de los resultados, podría ser explicado por el hecho de que el Laboratorio del Hospital Central de Maracay, procesa las citologías realizadas en la red Ambulatoria de todo el Estado, además de las realizadas en dicha Institución.

AL respecto afirma Rivas (2004) que la baja cobertura del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en el Estado Carabobo para el quinquenio 1999 – 2003, podría ser en parte, consecuencia de las fallas en el diagnóstico (sub – diagnósticos) y retardo de los resultados por parte del Laboratorio.

TABLA Nº 6

CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA EXISTENCIA DE PERSONAL ENCARGADO DE CLASIFICAR RESULTADOS CITOLOGICOS.

Conocimiento sobre la existencia de personal encargado de clasificar resultados citológicos.	SI	%	NO	%
Médicos	6	100	0	0
Enfermeras	12	100	0	0

Fuente: Cuestionario Aplicado 2007

El 100% del personal de salud del Ambulatorio María Teresa Toro que formaron parte del estudio, tienen el firme conocimiento de la existencia de miembros del equipo de salud encargados de clasificar los resultados citológicos, una vez que estos llegan a la Institución, para la posterior ubicación y canalización de las usuarias con resultados anormales, como lo establece claramente el programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino.

En dicho Ambulatorio esta responsabilidad recae sobre la Directora de la Institución y las enfermeras encargadas de la Consulta de Patología de Cuello Uterino, así como también de la enfermera Coordinadora.

TABLA Nº 7

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA REALIZACIÓN DE VISITAS DOMICILIARIAS EN CASO DE CITOLOGIAS ANORMALES.

Conocimiento sobre visitas domiciliarias en caso de citologías anormales	SI	%	NO	%
Médicos	5	83	1	17
Enfermeras	12	100	0	0

Fuente: Cuestionario Aplicado 2007

La mayor parte del personal médico (83%) y todo el personal de enfermería (100%) tienen el conocimiento de la realización de la visita domiciliaria a las usuarias, fundamentalmente de aquellas cuyo resultado citológico es anormal, si esta no acude en la búsqueda de su resultado a la Institución.

Cabe destacar que dicha actividad, también descrita en el Programa de Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino, es llevada a cabo fundamentalmente por el personal de Enfermería, lo cual podría explicar el hecho de que el 100% del mismo, conoce dicha pauta. En su defecto esta tarea es llevada a cabo por el Servicio Social de la Institución.

TABLA Nº 8

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL SEGUIMIENTO DE CASOS A TRAVÉS DE LA REFERENCIA A LA CONSULTA DE PATOLOGIA DE CUELLO.

Conocimiento sobre seguimiento de casos.	SI	%	NO	%
Médicos	5	83	1	17
Enfermeras	12	100	0	0

Fuente: Cuestionario Aplicado 2007

Finalmente en la Tabla Nº 8, el 83% de los médicos y el 100% de las enfermeras tienen el conocimiento del seguimiento de los casos positivos, es decir, de la búsqueda y ubicación de las usuarias con citologías anormales, para su posterior referencia a la consulta de Patología de Cuello Uterino, que en este caso en particular, también se lleva a cabo en la Institución en estudio.

En dicha consulta de Patología de Cuello Uterino, se trata de corroborar el Diagnóstico a través de la Colposcopia y la biopsia si es necesario, para aplicación del tratamiento pertinente al caso.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

En base a los resultados, se pueden realizar aproximaciones a la elaboración teórica que permiten la comprensión de elementos esenciales en la conformación de las conclusiones y recomendaciones que forman parte del diagnóstico que permitió servir de referencia para la elaboración de estrategias para incrementar la toma de citología, en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino en el Ambulatorio María Teresa Toro, Parroquia Madre María, Municipio Girardot. Estado Aragua; las cuales brinden las herramientas necesarias para alcanzar las metas programadas, en cuanto a toma de citología se refiere.

Las consultas de fuentes documentales y el análisis de los resultados del trabajo de campo permitieron llegar a las siguientes conclusiones:

- De acuerdo a lo planteado y al diagnóstico realizado, se evidencia que la cobertura de la toma de citología se encuentra muy por debajo de lo esperado, para el primer semestre del año 2007, logrando alcanzar sólo el 63% de la misma.

- Las estrategias que se llevan a cabo en el Ambulatorio María Teresa Toro, para la Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino, son las mismas descritas y normatizadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

- Se evidenció que a pesar de que se llevan a cabo las estrategias pautadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, existen algunas actividades que no se están realizando en forma óptima y que son de gran importancia para el logro del éxito del Programa como lo son: la promoción de la importancia de la toma de la citología, tanto en la consulta como en la comunidad y la realización de la citología a toda usuaria independientemente de la causa de consulta.

- El personal de Enfermería presenta mayores dificultades que el personal médico, para cumplir con las actividades mencionadas anteriormente y este fenómeno podría deberse, a que existe un número significativo de enfermeras suplentes ó contratadas por períodos cortos de tiempo, lo cual impide concretar el sentido de pertenencia tendiente al logro de las metas programadas.

- La citología cervical sigue siendo un método diagnóstico primario eficiente, económico y factible a ser aplicado en grandes poblaciones, por lo que su implementación garantizará la disminución de la morbi – mortalidad por cáncer de cuello uterino y el éxito del Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino.

- Se evidencia la necesidad de elaborar estrategias para incrementar la toma de citología en el Ambulatorio María Teresa Toro, Parroquia Madre María, Municipio Girardot, Estado Aragua.

RECOMENDACIONES

- Reorientar y reforzar algunas actividades en el Programa de Prevención y Control de Control de Cáncer de Cuello Uterino que se llevan a cabo en el Ambulatorio María Teresa Toro.

- Motivar al personal de salud que labora en el Ambulatorio María Teresa Toro, acerca de la importancia de la toma de citología, como actividad clave ó fundamental del Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino.

- Motivar al personal Directivo del Ambulatorio María Teresa Toro, para que cumplan una gestión hacia la optimización de la implementación del Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino, que incluya el incremento de la cobertura de la toma de citología.

- Promover el enfoque interdisciplinario, que le permita al personal de salud del Ambulatorio María Teresa Toro el intercambio de ideas y experiencias, con la correspondiente actualización del conocimiento, para lograr así aprendizajes significativos, tendientes a optimizar el cumplimiento del Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino.

- Elaborar estrategias para incrementar la toma de citología, en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino en el Ambulatorio María Teresa Toro, Parroquia Madre María, Municipio Girardot, Estado Aragua.

CAPITULO VI

PROPUESTA

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA TOMA DE CITOLOGÍA, EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL AMBULATORIO MARÍA TERESA TORO, PARROQUIA MADRE MARÍA, MUNICIPIO GIRARDOT, ESTADO ARAGUA.

Justificación:

El cáncer cervical es un importante problema de salud pública en Latinoamérica y en los países del Caribe. En Venezuela es el cáncer femenino más frecuente. Según cifras de la OMS (2005), mientras que el cáncer cervical ha disminuido en forma continúa en los países en desarrollo, durante los últimos cuarenta años, las tasas permanecen estables o se ha incrementado en la mayoría de los países Latinoamericanos.

Hay múltiples razones, pero probablemente la más importante es la carencia de programas efectivos de detección y la alta prevalencia de la infección por VPH.

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer IARC (2004) afirma que en los países y regiones latinoamericanas con rentas bajas o medias, el tamizaje por citología sigue siendo un método eficaz y económico, el cual podría reducir la incidencia del cáncer cervical. Por pertenecer Venezuela a este grupo de países de bajos recursos, se hace necesario mantener coberturas de toma de citología por encima del 80%.

Según la información obtenida con la presente investigación, en relación a la toma de citología, en la Institución bajo estudio se detectó una baja cobertura (63,9%). Por ende en el primer semestre del año 2007, no se pudieron alcanzar las metas programadas para dicha actividad, lo cual impidió garantizar el cumplimiento óptimo del Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino.

Objetivos:

Objetivo General:

Incrementar la toma de citología en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino, del Ambulatorio María Teresa Toro, Parroquia Madre María, Municipio Girardot, Estado Aragua.

Objetivos Específicos:

- Organizar la planificación, ejecución y evaluación de actividades de información y educación para la salud, que permita la captación de la población objeto.

- Garantizar la realización con calidad de la toma de la muestra de citología a todas las mujeres de la población objeto.

- Establecer Programas de Capacitación técnica continua al personal de salud que labora en el Ambulatorio María Teresa Toro.

- Sugerir un Sistema de información para la Gestión, que permita la evaluación oportuna del Programa.

En atención a lo antes expuesto se elaboraron las siguientes estrategias:

Estrategias de Captación:

- Fortalecimiento de las actividades de información, educación y promoción, con el fin de incrementar la cobertura de la toma de citología y por ende del programa. Se hace necesario contar con campañas de sensibilización ó concienciación, dirigida a mujeres en edad de riesgo principalmente, tanto en las consultas como en la comunidad, con el fin de concienciar y favorecer la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, además de aumentar la demanda de atención médica oportuna, periódica y de alta calidad.

- Inter - institucionalidad: Para asegurar el incremento de la toma de citología y el éxito del programa, se necesita asociarse con otras Instituciones u Organizaciones Nacionales, Estadales y del sector privado. El esfuerzo mancomunado permite el mejor aprovechamiento de los recursos, tanto humanos como económicos, para llevar a cabo las actividades de tamizaje de mujeres de alto riesgo.

Estrategia de tamizaje de la población objeto:

- En mujeres en edad de riesgo, evitar el ofrecimiento de la toma de citología en forma oportunista, normalizando la toma de citología en todas las consultas de Atención Integral, sin tomar mucho en cuenta el motivo de consulta, además de ofrecer el servicio en la comunidad para la captación de mujeres que no acuden al Ambulatorio.

Estrategia de Capacitación del Recurso Humano:

- Capacitación y motivación periódica y permanente del personal de salud: Diseñar actividades educativas y con base científica para el personal médico y de enfermería de los programas de prevención, con el objeto de crear competencias y mejorar la calidad de los servicios de pesquisa y diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino e inducción del Programa de Cáncer de Cuello Uterino a todo recurso humano que ingrese a la Institución.

Estrategia de Sistema de Información Sistematizado:

- Sistema automatizado de vigilancia epidemiológica: Con el fin de realizar el seguimiento de la población de riesgo, que permita el monitoreo y la evaluación sistemática del programa en la Institución en estudio.

- Evaluación periódica y sistematizada: Con el fin de evaluar el cumplimiento de las metas trazadas. La información obtenida de la evaluación debe ser crítica, de tal manera debe estar cuidadosamente planificada e implementada para demostrar la validez y la eficiencia del programa.

Factibilidad:

La existencia del recurso humano elemento necesario para la implementación de estas estrategias, hace que la propuesta sea factible desde el punto de vista financiero, humano y Organizacional.

CUADRO Nº 3

ESTRATEGIAS DE EJECUCIÓN

Objetivos Específicos	Estrategias	Métodos Y Técnicas	Recursos	Presupuesto (Bs.)
1. Organizar la planificación, ejecución y evaluación de actividades de información y educación para la salud, que permita la captación de la población Objeto.	Captación de la población Objeto.	Actividades de Información, Educación y promoción. Relaciones Interinstitucionales.	**Humanos:** 4 Enfermeras 1 Médico **Materiales:** Retroproyector Papel Lápiz de Grafito Marcadores	612.000 c/u 1.200.000 1.500.000 20.000 1.000 c/u 3.000 c/u
2. Garantizar la realización con calidad de la toma de la muestra citológica a todas las mujeres de la población objeto.	Tamizaje de la población Objeto.	Toma de citología en todas las consultas.	**Humanos:** 7 Médicos y 7 Enfermeras **Materiales:** Especulo Formulario Lamina de Citologías. Fijador Celular	1.200.000 c/u 612.000 c/u 3.000 c/u 1.500 c/u 3.000 c/u 9.000 c/u

3. Establecer programas de capacitación técnica, continua del personal de salud que labora en el Ambulatorio María T. Toro.	Capacitación del Recurso Humano.	Educación Médica continua	**Humano**: 2 Facilitadores **Materiales**: Proyector de Video. Lápiz de Grafito. Marcadores. Pizarra acrílica. Espacio físico	612.000 c/u 4.000.000 1.000c/u 3.000c/u 100.000c/u
4. Sugerir un sistema de Información para la gestión que permita la evaluación oportuna del programa.	Información Sistematizada.	Creación de sistema automatizado de vigilancia epidemiológica.	**Humanos:** 1 Secretaria 1 Enfermera 1 Médico **Materiales**: 1 computadora Papel Internet	612.000 612.000 1.200.000 2.700.000 10.000 107.000

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ailhaud, A. (2003). *Oncogénesis del virus del papiloma humano.* México: Centro de Endoscopia Avanzada y Láser Ginecológico S. A.

Aguilar, J. Leyva, A. Angulo, D. Salinas, A. y Lazcano, E. (2003). Tamizaje en cáncer Cervical: Conocimiento de la utilidad y uso de la citología cervical en México. *Revista de Salud Pública de México, 37*(1),6-100

Alonso, p. Lazcano, E. y Hernández, M. ((2000). Cáncer cervico uterino: Diagnóstico, prevención y control. *Revista de Salud Pública de México, 42*(6), 55-554.

Álvarez, R. (1998). *Salud pública y medicina preventiva de México*. Bogotá: Editorial el Manual Moderno.

Amérigo, J. (1987). *Conceptos generales sobre la nomenclatura y clasificación de los tumores.* Madrid.

Antonio, A. (1991). Aspectos epidemiológicos del cáncer cervical. *Revista de salud Pública, 25* (4), 10-60.

Arrossi, S. Sankaranarayanan & R. Parkin, D. Incidente and mortality of cervical cancer in Latin America. *Revista de Salud Pública de México, 3*, 14-306.

Barraéz, Y. (2001). *Factores que influyen en la cobertura del Programa de cáncer de cuello uterino en comunidades del Municipio Girardot.*

Tesis para optar al título de Especialista en Salud Pública, Instituto de Altos Estudios, Arnoldo Gabaldón, Maracay, Venezuela.

Balestrini, M. (2002). *Como se elabora un proyecto de investigación. Caracas*: Servicio.

Blackerby, P. (1996). *Comience aquí como escribir un plan para planificar.* París: AECI.

Bergeron, C. (2003). Sistema Bethesda. *Revista de Salud Pública, 45* (3), 4-430.

Borrás, J. Iglesias, X. (1994). Cribado del cáncer de cuello uterino. *Revista Med*. Clin, 1, 4-80.

Buckley, J. Harris, R. Doll, R. Vessey, M. & Williams, P. (1981).Case Control study of de husbands of woman whith dysplasia or carcinoma of cervix uteri. *Lancet, 2* (8254), 5-10.

Camejo, M. Mata, G. Roldan, M. y Urrieta, B. (2001). Citología Cervical de la consulta de ginecología y planificación familiar. *Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 1, 30.

Connie, P. Mathews, K. & James, K. (2000). Genomic changes and HPV Type in cervical carcinoma. *Experimental Biology and Medicine, 223,* 316-321.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). *Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5453. Caracas: Autor.

Ellerbrock, T. Chiasson, M. Bush, T. Sun, X. Sawo, D. Brudney, K. & Wright, T. ((2000). Incidente of cervicals quamous intraepitelial lesions in HIV infected women. *JAMA, 283* (8), 7-1031.

Franceschi, S, Herrero, R. & La Vecchia, C. (2000). Cervical cancer screening in Europe what next. *Eur J cancer, 36* (17), 5-2272.

Frías, M. Mohar, B. Suchil, B. y Ramírez, G. (1999). Factores de riesgo asociados a cáncer cervicouterino: Un estudio de casos y controles. *Revista de Cancerología, 45*, 209- 16.

González, M. González, B. y González, B. (2003*). Ginecología*: MASSON, S. A.

Gustafsson, L. Ponten, j. Zack, M. & Adami, H. (1997). Internacional incidente rates of invasive cervical cancer: cancer alter introducción of cytological screening. *Cancer Causes Control, 8* (5), 63-755.

Hakama, M. Luostarinen, T. Hallmans, G. Jellum, E. Koskela, P. Lehtinen, M. Thoresens, S. Youmang, L. & Hakulinen, T. (2000). Effect of HPV 16 with Chlamidia trachomatis and smoking on risk of cervical cancer: Antagonism or misclasisification (Nordic contries). *Cancer Causes Control, 11*(9), 90-783.

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación.* México: MC GRAWHILL – Interamericana.

Hurtado, J. (2000). *Metodología de la investigación holística.* Maracay: Fundación Sypal.

Isla, V. (2002) El cáncer no debe matar. *Agenda Salud, 25.*

Lazcano, E. Herrero, R, Muñoz, N. Hernández, M, Salmeron, Y, Leyva, A. Meijer, C. & Walboomers, J. High prevalence of human papillomavirus infección in Mexican males: Comparative study of penile – urethral swabs and ruiné simples. *Sex Transm Dis, 28* (5), 70-277.

Lobotón, A. Rojo, G. Torres, A. Hurtado, G. & Roman, E. Cervical cancer view of its epidemiology and risk factors. *Ginecol Obst Mex, 72*: 74-466.

Lombarda, M. (1995). *El Municipio en concreto.* Barcelona: Gestión 2000.

Martínez, M. (1999). *La nueva ciencia su desafío, lógica y método*. México: Trillas.

Miller, A. (1992). *Programas de detección del cáncer cervicouterino: Directrices de Gestión.* Washington: Ediciones OMS.

Molano, M. Weiderpass, E Posso, H. Morre, S. Ronderos, M. Franceschi, S. Aíslan, A. Meijer, C. Muñoz, N. & Vandenbrule, A. (2003). HPV study group: Prevalence and determinnants of Chlamidia trachomatis infections in women from Bogotá, Colombia. *Sex Transm Infect, 79* (6), 8-474.

Muñoz, N. Franceschi, S. Bosetti, C. Moreno, V. Herrero, R. Smith, J, Shahk. & Meijer, C. (2002). Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: The IARC multicenter case control study. *The Lancet, 9312* (359), 1101-1093.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social [M.S.D.S]. (2004). *Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*. Venezuela: Autor.

Ministerio del Poder Popular par la Salud. (2007). Estadísticas Vitales [Documento www]. URL. http://www.mppps.gob.ve/ms.

Organización Mundial de la Salud. (2007). Datos y Estadísticas. [Documento www]. URL. http://www.who.inh/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2007). Datos de Salud Pública. [Documento www]. URL. http://www.paho.org/spanish/dd/ais/core

Organización Panamericana de la Salud. (2002). Programa mujer, salud y desarrollo. Washington, D.C, USA.

Path (2000). Programa para una tecnología apropiada en salud. Chile: Copyright.

Parkin, D. (2000). *Personal communication*. Oxford: ISBN.

Pisani, P. Parkin, P. Bray, F. & Ferlay, J. Estimates of the wordwide mortality from 25 cancers in 1990. *Int J Cancer*, 83 (1), 18-29.

Palella, S. y Martins, F. (2003). *Metodología de la investigación cuantitativa.* Caracas: FEDEUPEL.

Rivas, C. (2004) Evaluación del Programa de Prevención de cáncer de cuello uterino en el primer nivel de atención del estado Carabobo. Tesis para

optar al título de especialista en Salud Pública, Instituto de Altos Estudios, Dr. Arnoldo Gabaldón, Venezuela.

Rubio, D. Restrepo, M. (2004) Creencias en salud en mujeres universitarias relacionadas con la toma de citología vaginal. *Revista Colombiana de psicología, 13*, 102-112.

Restrepo, J. (2005).*Fundamentos de salud Pública*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Sabino, C. (1999). *El proceso de la investigación*. Caracas: Panapo.

Salas, L. Gómez, M. Calderón, C. y Pérez, N. (2000). Diagnóstico citológico de patologías cervico uterino. Ambulatorio Tipo II Palo Negro. Estado Aragua. *Unidad de Ginecología Reproducción y Salud Integral*, 1, 29-64.

Shaw, R. Soutter, W. & Statons, S. Eds Gynaecology. Edinburgh: Churcchill Livingstone.

Sociedad Americana del Cáncer. (2007). Información de referencia sobre el cáncer: Prevención y factores de riesgo [Documento].URL. http://cáncer.org/docroot/ESP/ESP_o.asp

Steiner, G. (1995). *Planificación estratégica*. México: MC GRAW-HILL.

Tamayo y Tamayo, M. (2001) *El proceso de la investigación científica*. México: Limusa.

Zunzunegui, M. King, M. Coria, C. & Charlet, J. (1986). Male influences on cervical cancer resk. Am J Epidemiol, 132 (2), 7-302.

ANEXO A

INSTRUMENTO APLICADO AL PERSONAL DE SALUD DEL AMBULATORIO MARÍA TERESA TORO

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO DE
ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDÓN"

Estimado miembro del Equipo de Salud:

El Propósito del siguiente cuestionario es recabar información pertinente al presente trabajo: **ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA TOMA DE CITOLOGÍA, EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL AMBULATORIO MARÍA TERESA TORO.**

Este instrumento tiene fines solamente investigativos, sea lo más honesto en su respuesta, ya que mediante un diagnóstico se determinará el nivel de conocimiento que tienen los miembros del personal de salud de las actividades a realizar, en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Los datos suministrados serán tratados con carácter confidencial. De la información que aporte dependerá el éxito del estudio, por lo que se le agradecerá su sinceridad al responder los ítems que se formulan, a fin de obtener información fidedigna y de gran valor.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN
El cuestionario es Anónimo y confidencial.

CUESTIONARIO

Instrucciones:

1. Lea detenidamente cada pregunta antes de contestarla.
2. El cuestionario es de carácter individual, responda de manera objetiva.
3. Marque con una equis (X) de acuerdo con su criterio; cualquier duda consulte al encuestador.

Ítem	Si	No
4.Promueve Ud. en la consulta y en la comunidad, la importancia de la toma de citología como método diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino a través charlas, entrega de dípticos, trípticos,etc.		
5. Se le realiza la toma de citología a todas las usuarias en edad de riesgo que asisten a la consulta aunque consulten por otra causa.		
6. Se envían las muestras citológicas al Laboratorio de Anatomía Patológica en un lapso de una semana		
7. Los resultados de las muestras citológicas son recibidos antes de los 2 meses.		
8. Existe un miembro del personal de salud encargado de clasificar los resultados de las citologías recibidas.		
9. En caso de que la usuaria no acuda a buscar el resultado de la citología y este sea anormal, se realiza la visita domiciliaria.		
10. Se le realiza seguimiento a las usuarias con resultados citológicos anormales, a través de la referencia a la consulta de Patología de Cuello Uterino.		

ANEXO B

FORMATO PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
SERVICIO AUTÓNOMO DE
ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDÓN"

INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD (MÉDICOS Y ENFERMERAS) DEL AMBULATORIO MARÍA TERESA TORO.

Autor: Thais Hidalgo

Maracay, Octubre 2007

Estimado Especialista:

Anexo a la presente se le está enviando un ejemplar del instrumento diseñado para la recolección de los datos (cuestionario) el cual se piensa aplicar en el estudio que se adelanta para optar al título de Especialista en Salud Pública. Dicha investigación es avalada por el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” y se titula: **ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR LA TOMA DE CITOLOGÍA EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO DEL AMBULATORIO MARÍA TERESA TORO. PARROQUIA MADRE MARÍA. MUNICIPIO GIRARDOT. ESTADO ARAGUA.**

La misma presenta los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Formular estrategias para incrementar la toma de citología, en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ambulatorio Maria Teresa Toro. Parroquia Madre María Municipio Girardot. Estado Aragua.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la situación actual de la toma de citología en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino.

2. Describir las Estrategias que presenta el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ministerio del Poder Popular para la Salud en el Ambulatorio María Teresa Toro.

3. Precisar el conocimiento que tiene el personal (Médicos y Enfermeras) sobre las actividades a realizar, en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

4. Elaborar estrategias para el incremento de la toma de citología en el Programa de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino en el ambulatorio Maria Teresa Toro. Parroquia Madre Maria Municipio Girardot. Estado Aragua. 2007

Para tal efecto es necesario contar con la valiosa opinión de expertos como Usted, por lo que se le solicita su colaboración a fin de enriquecer el contenido definitivo del instrumento a aplicar, en tal sentido se le envía una guía de validación que incluye un formato para registrar sus juicios,

Agradeciendo atentamente su colaboración

Thais Hidalgo G.
C.I. 9883311

JUICIO DE EXPERTO PARA LA PERTINENCIA DEL INSTRUMENTO

Instrucciones:

Marque con una (X) el renglón que usted consideré reúne este instrumento, para cada uno de los aspectos señalados.

Ítems	Claridad				Pertinencia				Relevancia				Observaciones		
	E	B	R	D	E	B	R	D	E	B	R	D	Redactar Mejor	Eliminar	Cambiar
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															

E = Excelente, B = Buena, R = Regular, D = Deficiente.

Observaciones:_____
_____
_____
_____
_____

Nombre y Apellido del Validador: _____ **C.I:**_____
Titulo: _____
Fecha: _____

Firma: _____